Trastornos Graves de la Personalidad



O. F. Kernberg



Manual Moderno

Trastornos Graves de la Personalidad

Estrategias psicoterapéuticas

OTTO F. KERNBERG

Traducido por
Jorge Abenamar Suárez

Revisado por
Psic. Herlinda Juárez Ramírez
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México



Editorial
El Manual Moderno, S.A. de C.V.
México, D.F. – Santafé de Bogotá

Título original de la obra
Severe Personality Disorders:
Psychotherapeutic Strategies

ISBN 0-300-03273-0

Trastornos graves de la personalidad:
Estrategias psicoterapéuticas
D.R. © 1987
ISBN 968-426-418-6

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 39

Impreso en México en los talleres de
Ediciones Copilco, S.A. de C.V.,
Hermenegildo Galeana Núm. 113,
Col. Guadalupe del Moral,
09300 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.



Kernberg, Otto F.
Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas / Otto F. Kernberg, tr. por Jorge Abenamar Suárez. -- 8a reimp. -- México: Editorial El Manual Moderno, 1998.
349 p.: il.; 25 cm
Traducción de: Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies.
Incluye índice.
Bibliografía: p. 327-340.
ISBN 968-426-418-6
1. Personalidad-Desórdenes. 2. Personalidad -- Desórdenes-Terapia. 3. Narcisismo. I. Abenamar Suárez, Jorge, tr. II. t.

616.858 KER t. 1998 BN 431028

Prefacio

Mis objetivos en este libro son de dos órdenes. El primero es presentar un complemento de los hallazgos y formulaciones contenidos en mis trabajos previos, con un énfasis especial en los aspectos diagnósticos y de tratamiento de los casos graves de patología narcisista y límite ("borderline"). El segundo es explorar otros desarrollos recientes sobre estos temas en el campo de la psiquiatría clínica y del psicoanálisis, y revisarlos en forma crítica a la luz de mi pensamiento actual. Una preocupación importante que se refleja a través de este libro es el deseo de hacer clínicamente importantes mis formulaciones teóricas y, particularmente, brindar al clínico las herramientas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los casos difíciles.

Para este fin, comienzo tratando de reducir la confusión en un área sumamente difícil, al describir una forma específica de diagnóstico diferencial y una técnica para dirigir lo que llamo una entrevista estructural diagnóstica. También establezco la relación entre esta técnica y los criterios para el pronóstico y tipo de tratamiento más apropiados para cada caso.

Luego detallo las estrategias de tratamiento para pacientes límite ("borderline"), prestando especial atención a los casos más graves. En dicha sección incluyo un examen sistemático de la psicoterapia de expresión y de apoyo, ambas derivadas de un marco psicoanalítico.

En algunos capítulos sobre el tratamiento de la patología narcisista centro la atención en el desarrollo de técnicas que he encontrado útiles al tratar las resistencias de carácter graves y persistentes.

Otra área problemática del tratamiento es el manejo del paciente que no muestra interés o que de algún modo es difícil: cómo enfrentar los estancamientos en el tratamiento, cómo tratar a pacientes que persistentemente amenazan con el suicidio, cómo diferenciar pacientes antisociales tratables de los no tratables, cómo responder a los pacientes con regresiones paranoides en la transferencia, que parecen lindar con lo psicótico. Estos son algunos de los temas discutidos en la cuarta parte.

Por último, ofrezco un modelo de tratamiento hospitalario, basado en, pero de algún modo distinto, los modelos iniciales de comunidad terapéutica para tratamiento de pacientes que requieren una hospitalización prolongada.

Este libro es, entonces, clínico en su mayor parte. Mi objetivo es proporcionar al psicoterapeuta y al psicoanalista un amplio arsenal de técnicas psicoterapéuticas específicas. Al mismo tiempo, dentro del contexto de información clínica importante, amplío mis contribuciones teóricas previas relativas a la psicopatología de debilitación del yo y difusión de la identidad con nuevas hipótesis que se refieren a la patología grave del superyó. Este volumen, por tanto, contiene los últimos desarrollos en la psicología del yo y en la teoría de las relaciones objetales.

Contenido

Agradecimientos

Las elaboraciones teóricas a que me refiero en el prefacio se apoyan fuertemente en la obra de la difunta Edith Jacobson. Sus formulaciones, y la exploración y aplicación creativas de Margaret Mahler de estas formulaciones en los estudios del desarrollo infantil, siguen inspirando mi pensamiento.

Un pequeño grupo de distinguidos psicoanalistas y amigos íntimos han seguido brindándome su retroalimentación confrontadoramente crítica, pero de apoyo, la cual he encontrado de gran valor. Deseo agradecer en especial al doctor Ernst Ticho, con quien he trabajado en colaboración durante 22 años y a los doctores Martin Bergmann, Harold Blum, Arnold Cooper, William Grossman, Donald Kaplan, Gretchen Haas, Paulina Kernberg y Robert Michels, los cuales no sólo han dado su tiempo generosamente sino han sentido la libertad de estar en desacuerdo y de señalar los problemas en mis formulaciones.

También agradezco a los doctores William Frosch y Richard Munich por su revisión crítica de mi pensamiento respecto al tratamiento hospitalario y la comunidad terapéutica, y a los doctores Ann Appelbaum y Arthur Carr por su infinita paciencia con mi petición de ayuda para formular mis ideas en forma más precisa. Por último, agradezco al Dr. Malcolm Pines por su apoyo a mi crítica de la comunidad terapéutica y al Dr. Robert Wallerstein por su atenta crítica a mis puntos de vista sobre la psicoterapia de apoyo.

Los doctores Stephen Bauer, Arthur Carr, Harold Koenigsberg, John Oldham, Lawrence Rockland, Jessie Schomer y Michael Selzer, de la Westchester Division of New York Hospital, contribuyeron al desarrollo de las metodologías de diagnóstico clínico comprendidas en el diagnóstico diferencial de la organización de personalidad límite ("borderline"). En forma más reciente ellos y los doctores Ann Appelbaum, John Clarkin, Paulina Kernberg y Andrew Lotterman han contribuido a las definiciones operacionales de las diferencias entre las modalidades de expresión y apoyo del tratamiento como parte de un proyecto continuo de investigación de psicoterapia sobre los trastornos límite ("borderline"). Para todos, mi gratitud. Igual que antes, es necesario relevar a todos estos amigos, maestros y colegas de cualquier responsabilidad sobre mis formulaciones.

Estoy profundamente agradecido a la Sra. Shirley Grunenthal a Louise Taitt y Jane Carr, por su infinita paciencia para mecanografiar, revisar corregir galeras y organizar las versiones aparentemente interminables del manuscrito. En especial, a la Sra. Jane Carr, quien se unió en forma reciente a nuestro equipo y ha demostrado una notable aptitud para estas tareas.

Lilliam Wahrow, bibliotecaria de la Westchester Division of New York Hospital, y su equipo, la Sra. Marilyn Bottjer y la Sra. Marcia Miller, me proporcionaron valiosa ayuda en la investigación bibliográfica. Por último, Anna-Mae Artim, mi asistente administrativa, ha logrado una vez más lo imposible. Ella coordinó el trabajo editorial y la preparación del manuscrito; atinadamente anticipó y previno innumerables problemas posibles; y, con su estilo alegre e incansable, ha logrado cumplir con los plazos y de algún modo asegurar la terminación de este libro.

Al trabajar, por primera vez, con la ayuda de mi editora de los últimos años, la Sra. Natalie Altman, y del editor de Yale University Press, Gladys Topkis, me encontré en la muy privilegiada posición de ser vigilado y controlado en cada paso de mis esfuerzos por expresar mis pensamientos, con claridad y en un inglés aceptable. En el proceso, a menudo llegué a sospechar que ellas sabían mucho más que yo sobre psicoanálisis, psiquiatría y psicoterapia. No puedo expresar mi agradecimiento a ambas.

Agradecemos aquí el permiso para la reproducción de material en los siguientes capítulos:

Capítulo 1: Adaptado de "The Structural Diagnosis of Borderline Personality Organization", en *Borderline Personality Disorders*, ed. Peter Hartocollis, 1977, pp. 87–122. Publicado con licencia de International Universities Press, Inc.

Capítulo 2: Adaptado de Kernberg O.F.: Structural Interviewing. Psychiatr. Clin. North Am., 4:1, 1981; con licencia.

Capítulo 3: Adaptado de "The Diagnosis of Bordeline Conditions in Adolescence", *Adolescent Psychiatry*, 6 (1978): 298–319. Copyright © 1978 por The University of Chicago. Publicado con licencia de la University of Chicago Press.

Capítulo 4: Adaptado de "The Fate of Personality Disorders in Old Age", en *Psychodynamic Research Perspective on Development, Psychopathology, and Treatment in Later Life*, ed. Nancy E. Miller and Gene D. Cohen (en prensa). Publicado con licencia de International Universities Press, Inc.

Capítulo 6: Kernberg O.F.: The psychotherapeutic treatment of borderline personalities, en Psychiatry 1982 The American Psychiatric Association Annual Review. Editada por Grinspoon L. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, Inc. 1982. Copyright 1982 American Psychiatric Association. Usado con licencia.

Capítulo 7: Adaptado de "Contrasting Approaches to the Psychiatry of Borderline Conditions", en *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. James F. Masterson, 1978, pp. 77–104. Publicado con licencia de Brunner/Mazel.

Capítulo 8: Adaptado de "Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline Adolescents", en *Adolescent Psychiatry*, 7 (1979): 294–321. Copyright 1979 por The University of Chicago. Publicado con permiso de University of Chicago Press.

Capítulo 9: Adaptado de "Supportive Psychotherapy with Borderline Conditions", en *Critical Problems in Psychiatry*, ed. J.O. Cavenar y H.K. Brodie, 1982, pp. 180–202. Publicado con licencia de J.B. Lippincott Company.

Capítulo 12: Kernberg O.F.: An ego psychology and object relations approach to the narcissistic personality, en Psychiatry 1982 The American Psychiatric Association Annual Review. Editada por Grinspoon L. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, Inc., 1982. Copyright 1982 American Psychiatric Association. Usado con licencia.

Capítulo 13: Adaptado de "Object Relations Theory and Character Analysis", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, en prensa. Publicado con licencia del Journal of the American Psychoanalytic Association.

Capítulo 14: Adaptado de "Self, Ego, Affects, and Drives", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30 (1982): 893–917. Publicado con licencia del Journal of the American Psychoanalytic Association.

Capítulo 15: Adaptado de "Structural Change and Its Impediments", en *Borderline Personality Disorders*, ed. Peter Hartocollis, 1977, pp. 275–306. Publicado con licencia de International Universities Press, Inc.

Capítulo 16: Adaptado de "Diagnosis and Clinical Management of Suicide Potential in Borderline Patients", en *The Borderline Patient: Emerging Concepts, Diagnosis, Psychodynamics and Treatment*, ed. James Grotstein, Marion Solomon y Joan Langs, en prensa. Publicado con licencia de Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Capítulo 20: Adaptado de "Psychiatric Hospital Treatment in the United States", *Nordisk Psykiatrist Tidsskrift*, 35, no. 4 (1981):293–298. Publicado con licencia de Nordisk Psykiatrist Tidsskrift.

Capítulo 21: Adaptado de "Advantages and Liabilities of Therapeutic Community Models", en *The Individual and the Group*, ed. M. Pines y L. Rafaelson, vol. 1., 1982, pp. 543–565. Publicado con licencia de Plenum Press.

Capítulo 22: Adaptado de "Some Issues in the Theory of Hospital Treatment", *Tidsskrift for Den Norske Loegeforening*, 14 (1981): 837–843. Publicado con licencia.

Lilliam Wahrow, bibliotecaria de la Westchester Division of New York Hospital, y su equipo, la Sra. Marilyn Bottjer y la Sra. Marcia Miller, me proporcionaron valiosa ayuda en la investigación bibliográfica. Por último, Anna-Mae Artim, mi asistente administrativa, ha logrado una vez más lo imposible. Ella coordinó el trabajo editorial y la preparación del manuscrito; atinadamente anticipó y previno innumerables problemas posibles; y, con su estilo alegre e incansable, ha logrado cumplir con los plazos y de algún modo asegurar la terminación de este libro.

Al trabajar, por primera vez, con la ayuda de mi editora de los últimos años, la Sra. Natalie Altman, y del editor de Yale University Press, Gladys Topkis, me encontré en la muy privilegiada posición de ser vigilado y controlado en cada paso de mis esfuerzos por expresar mis pensamientos, con claridad y en un inglés aceptable. En el proceso, a menudo llegué a sospechar que ellas sabían mucho más que yo sobre psicoanálisis, psiquiatría y psicoterapia. No puedo expresar mi agradecimiento a ambas.

Agradecemos aquí el permiso para la reproducción de material en los siguientes capítulos:

Capítulo 1: Adaptado de "The Structural Diagnosis of Borderline Personality Organization", en *Borderline Personality Disorders*, ed. Peter Hartocollis, 1977, pp. 87–122. Publicado con licencia de International Universities Press, Inc.

Capítulo 2: Adaptado de Kernberg O.F.: Structural Interviewing. Psychiatr. Clin. North Am., 4:1, 1981; con licencia.

Capítulo 3: Adaptado de "The Diagnosis of Bordeline Conditions in Adolescence", *Adolescent Psychiatry*, 6 (1978): 298–319. Copyright © 1978 por The University of Chicago. Publicado con licencia de la University of Chicago Press.

Capítulo 4: Adaptado de "The Fate of Personality Disorders in Old Age", en *Psychodynamic Research Perspective on Development, Psychopathology, and Treatment in Later Life*, ed. Nancy E. Miller and Gene D. Cohen (en prensa). Publicado con licencia de International Universities Press, Inc.

Capítulo 6: Kernberg O.F.: The psychotherapeutic treatment of borderline personalities, en Psychiatry 1982 The American Psychiatric Association Annual Review. Editada por Grinspoon L. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, Inc. 1982. Copyright 1982 American Psychiatric Association. Usado con licencia.

Capítulo 7: Adaptado de "Contrasting Approaches to the Psychiatry of Borderline Conditions", en *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. James F. Masterson, 1978, pp. 77–104. Publicado con licencia de Brunner/Mazel.

Capítulo 8: Adaptado de "Psychoanalytic Psychotherapy with Borderline Adolescents", en *Adolescent Psychiatry*, 7 (1979): 294–321. Copyright 1979 por The University of Chicago. Publicado con permiso de University of Chicago Press.

Capítulo 9: Adaptado de "Supportive Psychotherapy with Borderline Conditions", en *Critical Problems in Psychiatry*, ed. J.O. Cavenar y H.K. Brodie, 1982, pp. 180–202. Publicado con licencia de J.B. Lippincott Company.

Capítulo 12: Kernberg O.F.: An ego psychology and object relations approach to the narcissistic personality, en Psychiatry 1982 The American Psychiatric Association Annual Review. Editada por Grinspoon L. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, Inc., 1982. Copyright 1982 American Psychiatric Association. Usado con licencia.

Capítulo 13: Adaptado de "Object Relations Theory and Character Analysis", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, en prensa. Publicado con licencia del Journal of the American Psychoanalytic Association.

Capítulo 14: Adaptado de "Self, Ego, Affects, and Drives", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30 (1982): 893–917. Publicado con licencia del Journal of the American Psychoanalytic Association.

Capítulo 15: Adaptado de "Structural Change and Its Impediments", en *Borderline Personality Disorders*, ed. Peter Hartocollis, 1977, pp. 275–306. Publicado con licencia de International Universities Press, Inc.

Capítulo 16: Adaptado de "Diagnosis and Clinical Management of Suicide Potential in Borderline Patients", en *The Borderline Patient: Emerging Concepts, Diagnosis, Psychodynamics and Treatment*, ed. James Grotstein, Marion Solomon y Joan Langs, en prensa. Publicado con licencia de Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Capítulo 20: Adaptado de "Psychiatric Hospital Treatment in the United States", *Nordisk Psykiatrist Tidsskrift*, 35, no. 4 (1981):293–298. Publicado con licencia de Nordisk Psykiatrist Tidsskrift.

Capítulo 21: Adaptado de "Advantages and Liabilities of Therapeutic Community Models", en *The Individual and the Group*, ed. M. Pines y L. Rafaelson, vol. 1., 1982, pp. 543–565. Publicado con licencia de Plenum Press.

Capítulo 22: Adaptado de "Some Issues in the Theory of Hospital Treatment", *Tidsskrift for Den Norske Loegeforening*, 14 (1981): 837–843. Publicado con licencia.

I. Consideraciones Diagnósticas

1

Diagnóstico estructural

Uno de los problemas que invaden el campo de la psiquiatría ha sido el del diagnóstico diferencial, en especial cuando existe la posibilidad de una patología de carácter límite (borderline). Los estados límite deben diferenciarse, por una parte, de las neurosis y de la patología del carácter neurótico y, por otra, de las psicosis, particularmente la esquizofrenia y los trastornos afectivos más importantes.

La aproximación descriptiva al diagnóstico, que se centra en los síntomas y en la conducta observable, y la genética, que enfatiza el trastorno mental en los parientes biológicos del paciente, son valiosas, especialmente en los trastornos afectivos importantes y en la esquizofrenia, pero, ya sea que se usen por separado o juntas, ninguna ha probado ser suficientemente precisa cuando se aplica a trastornos de la personalidad.

Creo que un entendimiento de las características estructurales intrapsíquicas de los pacientes con una organización de personalidad límite junto con criterios originados en el diagnóstico descriptivo, pueden resultar en una mejoría amplia de la precisión del diagnóstico.

Aunque un diagnóstico estructural es más difícil de llevar a cabo, requiere más práctica y experiencia por parte del clínico, y presenta ciertas dificultades metodológicas, tiene ventajas definitivas, especialmente con pacientes que no encajan con facilidad en alguna de las principales categorías de enfermedades psicóticas o neuróticas.

Un enfoque descriptivo con pacientes límite puede ser engañoso. Por ejemplo, varios autores (Grinker y cols. 1968; Gunderson y Kolb, 1978) describieron las emociones intensas, particularmente la ira, depresión o ambas, como características de estos pacientes. Sin embargo, los pacientes con personalidades esquizoides típicas y organización de personalidad límite quizá no presenten ira o depresión en absoluto. Lo mismo vale para algunas personalidades narcisistas que tienen una típica organización de personali-

dad límite subyacente. La conducta impulsiva ha sido también descrita como una característica común de pacientes límite, pero muchos pacientes histéricos típicos con una estructura neurótica también muestran una conducta impulsiva. Clínicamente, por tanto, un enfoque descriptivo solo queda corto para algunos casos límite. Estas limitaciones también se aplican a los esfuerzos por llegar a un diagnóstico usando un enfoque puramente genético. El estudio de las posibles relaciones genéticas de trastornos graves de la personalidad con el espectro esquizofrénico y con los trastornos emocionales principales está todavía en una etapa inicial, y quizá nos esperen hallazgos importantes en esta área. En la actualidad, sin embargo, la historia genética generalmente tiene muy poco que contribuir al problema clínico de la diferenciación de la sintomatología neurótica, límite y psicótica. Es posible que un enfoque estructural contribuya a hacer entender la relación de la predisposición genética con la sitomatología expresa.

Un enfoque de este tipo puede tener la ventaja adicional de atraer más la atención sobre la relación entre los diversos síntomas de los trastornos límite en forma particular las constelaciones de rasgos patológicos del carácter que uno encuentra típicamente en este grupo. Como he señalado en trabajos previos (1975, 1976), las características estructurales de la organización límite de la personalidad tienen importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas. La calidad de las relaciones objetales y el grado de integración del superyó son criterios de pronóstico importantes para la psicoterapia intensiva de los pacientes límite. La naturaleza de las transferencias primitivas que estos pacientes desarrollan en la terapia psicoanalítica y la técnica para manejarlas se originan directamente en las características estructurales de sus relaciones objetales interiorizadas. En un estudio anterior (Kernberg y cols. 1972), encontramos que los pacientes no psicóticos con debilidad del yo respondían bien a la modalidades expresivas de la psicoterapia, pero mal al psicoanálisis no modificado y a la psicoterapia de apoyo.

En resumen, la añadidura del enfoque estructural enriquece el diagnóstico psiquiátrico, particularmente en casos que se resisten a una clasificación fácil, y contribuye también a la determinación del pronóstico y tratamiento.

ESTRUCTURAS MENTALES Y ORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD

El concepto psicoanalítico de estructura mental formulado primeramente por Freud en 1923, se ha referido a la división propuesta de la psique en yo, superyó y ello (id). Dentro de la psicología psicoanalítica del yo, el análisis estructural se ha referido al punto de vista (Hartmann y cols, 1946; Rapaport y Gill, 1959) de que el yo puede ser conceptuado como (1) "estructuras" lentamente cambiantes, o configuraciones, que determinan la canalización de los procesos mentales, (2) los procesos o "funciones" mentales en sí, y (3) los "umbrales" de activación de estas funciones y configuraciones. Las estructuras, según este concepto, son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales; superyó, yo e id son estructuras que dinámicamente integran subestructuras, como las configuraciones cognoscitivas y defensivas del yo. En forma reciente he usado el término "análisis estructural" para describir la relación entre las derivaciones estructurales de las relaciones objetales interiorizadas (Kernberg, 1976) y los diversos niveles de organización del funcionamiento mental. Desde mi punto de vista, las relaciones objetales interiorizadas constituyen subestructurales del yo, que son, a su vez, organizadas jerárquicamente (ver capítulo 14).

Por último, en el pensamiento psicoanalítico reciente, el análisis estructural también se refiere al análisis de la organización permanente del contenido de conflictos inconscientes, particularmente el complejo de Edipo como un rasgo organizacional de la mente con una historia de desarrollo, que está dinámicamente organizado en el sentido de que es más que la suma de sus partes, e incorpora experiencias tempranas y organizaciones del impulso en fases específicas a una nueva organización (Panel, 1977). Esta última concepción de las estructuras mentales se relaciona con el enfoque de las relaciones objetales respecto a la estructuralización de estas mismas interiorizadas: los contenidos mentales predominantes, como el complejo de Edipo, reflejan una organización de las relaciones objetales interiorizadas. Ambos puntos de vista recientes implican secuencias motivacionales organizadas en forma jerárquica en contraste con un desarrollo puramente lineal y una secuencia de organizaciones jerárquicas discontinuas, más que una organización genética simple (en un sentido psicoanalítico).

He aplicado todos estos conceptos estructurales al análisis de las estructuras intrapsíquicas predominantes y conflictos del instinto de los pacientes límite. Propongo la existencia de tres organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad. En cada caso la organización estructural desarrolla la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones conductuales directas de la enfermedad. Sin considerar los factores genéticos, de constitución, bioquímicos, familiares, psicodinámicos o psicosociales que contribuyen a la etiología de la enfermedad, los efectos de todos ellos, se reflejan con el tiempo, en la estructura psíquica del individuo, la cual se vuelve entonces la matriz subyacente de la que se desarrollan los síntomas de la conducta.

Estos tipos de organización neurótica, límite y psicótica se reflejan en las características predominantes del paciente, particularmente respecto a (1) su grado de integración de la identidad, (2) lo tipos de operaciones defensivas que habitualmente emplea, y (3) su capacidad para la prueba de realidad. Propongo que la estructura de la personalidad neurótica, en contraste con las estructuras límite y psicóticas, implica una identidad integrada. La estructura neurótica de la personalidad presenta una organización defensiva que se centra en la represión y otras operaciones defensivas avanzadas o de alto nivel. En contraste, las estructuras límite y psicóticas se encuentran en pacientes que muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica o límite pero está gravemente deteriorada en la psicótica. Estos criterios estructurales pueden complementar las descripciones ordinarias de conducta o fenomenológicas de los pacientes y aumentar la precisión del diagnóstico diferencial de la enfermedad mental, en especial en casos difíciles de clasificar.

Criterios estructurales adicionales útiles para diferenciar la organización límite de la personalidad de las neurosis, incluyen la presencia o ausencia de manifestaciones no específicas de debilidad del yo, particularmente tolerancia a la ansiedad, control de impulsos, la capacidad de sublimación; y —para fines de un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia— la presencia o ausencia en la situación clínica del proceso de pensamiento primario. Porque las manifestaciones no específicas de debilidad del yo, son clínicamente menos esenciales para la diferenciación de estados límite y neuróticos, y porque pueden ser muy útiles las pruebas psicológicas más que las entrevistas clínicas para la diferenciación del funcionamiento cognoscitivo psicótico y límite, no se examinan aquí en detalle estos criterios. El grado y calidad de integración del superyó son características estructurales adicionales importantes en cuanto al pronóstico para diferenciar la organización neurótica y límite.*

LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL COMO METODO DIAGNOSTICO

La entrevista psiquiátrica tradicional tuvo como modelo la entrevista médica general, adaptada en su mayor parte para pacientes orgánicos y psicóticos (Gill y cols. 1954). Bajo la influencia de la teoría y práctica psicoanalíticas, el énfasis giró en forma gradual hacia la interacción paciente-entrevistador. Se reemplazó una secuencia más o menos estándar de preguntas con una evaluación más flexible de los problemas predominantes, centrada en la comprensión del paciente de sus conflictos, y ligando el estudio de la personalidad del paciente con el de su conducta en la entrevista. El estudio de casos de Menninger (1952), es un buen ejemplo de este enfoque.

Whitehorn (1944), Powdermaker (1948), Fromm-Reichmann (1950), y particularmente Sullivan (1954), son en gran parte responsables de una entrevista psiquiátrica modificada que se concentra en la interacción paciente-terapeuta como una principal fuente de información. Gill y cols. (1954), diseñaron un nuevo modelo de entrevista psiquiátrica que subraya una valoración amplia del paciente y un reforzamiento de su deseo de ayuda. La naturaleza del trastorno, la motivación y capacidad para la psicoterapia pueden evaluarse en la interacción corriente con el entrevistador. Este enfoque de la entrevista establece un lazo inmediato entre la psicopatología del paciente y la indicación para tratamiento psicoterapéutico. También se centra en las resistencias que probablemente se convertirán en tema importante en las primeras etapas del tratamiento. Sin embargo, pueden pasar por alto ciertos aspectos de la psicopatología del paciente, porque los elementos de apoyo inherentes a este enfoque tienden a resaltar sus valores positivos.

Deutsch (1949), recomendó un método psicoanalítico para entrevistar, que revelaría las conexiones inconscientes entre los problemas actuales y el pasado del paciente. A partir de antecedentes teóricos diferentes, Rogers (1951), propuso un estilo de entrevista que alienta al paciente a explorar

* Para una revisión de la literatura sobre descripción y características estructurales del límite de la personalidad, ver Kernberg, 1975.

sus experiencias emocionales y las conexiones entre ellas. Estos enfoques no estructurados tienen la desventaja de minimizar los datos objetivos y no exploran la psicopatología y los valores positivos del paciente en una forma sistemática.

MacKinnon y Michels (1971), describen una evaluación psicoanalítica que subraya la interacción paciente-entrevistador. Las manifestaciones clínicas de los patrones del carácter que el paciente demuestra en la entrevista se utilizan para fines diagnósticos. Este enfoque rinde una sofisticada información descriptiva dentro de un marco psicoanalítico.

Las entrevistas clínicas que he descrito se han vuelto herramientas cruciales al evaluar rasgos descriptivos y dinámicos, pero no permiten, según mi parecer, obtener los criterios estructurales que diferencian la organización límite de la personalidad. Bellak y cols. (1973), desarrollaron una entrevista clínica estructurada en un intento por lograr un diagnóstico diferencial entre sujetos normales, pacientes neuróticos y esquizofrénicos sobre la base de un modelo estructural de funcionamiento del yo. Aunque su estudio no buscaba diferenciar a los pacientes límite, estos autores encontraron diferencias notables entre los tres grupos en escalas de calificación que evaluaban estructuras y funciones del yo. Su estudio ilustra la utilidad de un enfoque estructural para el diagnóstico diferencial.

En colaboración con S. Bauer, R. Blumenthal, A. Carr, E. Goldstein, H. Hunt, L. Pessar, y M. Stone, he desarrollado lo que Blumenthal (comunicación personal) ha sugerido se llame una "entrevista estructural" para destacar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad. Esta, se centra en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y los modos particulares en que los refleja en la interacción de aquí-y-ahora con el entrevistador.

Asumimos que la concentración del entrevistador sobre los principales conflictos del paciente creará suficiente tensión, de modo que surja la organización "estructural" y defensiva del funcionamiento mental del paciente. Al destacar estas operaciones defensivas en la entrevista, obtenemos datos que nos permiten clasificarlo en una de las tres estructuras de personalidad con base en el grado de integración de identidad (la integración del sí mismo y las representaciones objetales), en el tipo de operaciones defensivas predominantes, y la capacidad de prueba de realidad. Para activar y diagnosticar estas características estructurales, hemos desarrollado una entrevista que combina el examen tradicional del estado mental, con una entrevista orientada psicoanalíticamente que se centra en la interacción paciente-terapeuta y en la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos defensivos y distorsión de la realidad, que el paciente revela en esta interacción, particularmente al expresar estos elementos identificables de la transferencia.

Antes de describir propiamente la entrevista, pueden ser útiles unas cuantas definiciones:

La *clarificación* se refiere a la exploración, con el paciente, de todos los elementos de la información que él ha proporcionado, que son vagos, poco claros, desconcertantes, contradictorios o incompletos. La clarificación es el primer paso cognoscitivo en el que lo que el paciente dice se discute en

una forma no cuestionadora para traer a flote todas sus implicaciones y descubrir el grado de su entendimiento o confusión respecto a lo que permanece poco claro. La clarificación pretende evocar material consciente y preconsciente sin imponer un reto al paciente. Al final es él mismo quien nos clarifica su conducta y experiencia intrapsíquica, guiándonos así a los límites presentes de su autoconocimiento consciente y preconsciente.

La *confrontación*, el segundo paso en el proceso de la entrevista, presenta al paciente las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes. La confrontación significa señalarle al paciente aquellos aspectos de la interacción que parecen indicar la presencia de un funcionamiento conflictivo y, por implicación, la presencia de operaciones defensivas, representaciones contradictorias del sí mismo y de los objetos, y una reducida conciencia de realidad. Primero, se llama la atención del paciente hacia algo en la interacción de lo cual él no ha estado consciente o lo ha tomado como natural, y que el entrevistador percibe como inapropiado, contradictorio con otros aspectos de la información o confuso. La confrontación requiere conjuntar el material consciente y preconsciente que el paciente presentó por separado. El entrevistador también propone la cuestión del posible significado de esta conducta para el funcionamiento actual del paciente. De este modo, se explora la capacidad del paciente para mirar las cosas en forma diferente sin mayor regresión, las relaciones internas entre los diversos temas conjuntados, y particularmente la integración del concepto de sí mismo y los demás. También se destacan el aumento o disminución en la conciencia de realidad, que se refleja en la respuesta del paciente a la confrontación y su empatía con el entrevistador como un reflejo de conciencia social y prueba de realidad. Por último, el entrevistador relaciona aspectos del aquí-y-ahora de la interacción con problemas similares en otras áreas, y así establece una conexión entre aspectos descriptivos y quejas y rasgos estructurales de la personalidad. La confrontación, así definida, requiere tacto y paciencia; no es una forma agresiva de inmiscuirse en la mente del paciente ni una maniobra para polarizar la relación con él.

La *interpretación*, en contraste con la confrontación, establece lazos entre el material consciente y preconsciente y las funciones o motivaciones inconscientes del aquí-y-ahora asumidas o bajo hipótesis. Explora los orígenes conflictivos de estados de disociación del yo (representaciones del sí mismo dividido y de los objetos), la naturaleza y motivos para las operaciones defensivas activadas, y el abandono defensivo de la prueba de realidad. En otras palabras, la interpretación se centra en las ansiedades subyacentes y en los conflictos activados. La confrontación conjunta y reorganiza lo que se ha observado; la interpretación añade al material una dimensión hipotética de causalidad y profundidad. El entrevistador, por tanto, conecta las funciones actuales de una conducta específica con las ansiedades subyacentes, los motivos y conflictos del paciente, lo cual clarifica las dificultades generales más allá de la interacción en curso. Por ejemplo, señalar a un paciente que su conducta parece manifestar sospecha y explorar la conciencia que tiene de este patrón, es una confrontación; sugerir que la suspicacia del paciente, o su temor, se deben al hecho de que atribuye al entrevistador algo "malo" de lo que él está tratando de deshacerse dentro de sí mismo (de lo cual el paciente no ha estado consciente antes), es una interpretación.

La *transferencia* significa la presencia, en la interacción diagnóstica, de una conducta inapropiada que refleja la reconstrucción de relaciones patogénicas y conflictivas con los demás significantes en el pasado del paciente. Las reacciones transferenciales facilitan el contexto para interpretaciones que ligan el malestar del aquí-y-ahora con las experiencias del paciente en el allá-y-entonces. Señalar al paciente que está actuando de un modo suspicaz y controlador hacia el diagnosticador, es una confrontación. Señalarle que puede estar viendo al entrevistador como alguien controlador, estricto y rudo, y sospechoso —y por tanto puede sentir que tiene que estar en guardia a causa de su propia lucha con tales tendencias dentro de él mismo— es una interpretación. Señalarle que está forcejeando con el entrevistador, que representa un "enemigo" interno con tales características, porque él experimentó una interacción similar en el pasado con una figura paternal, es una interpretación de la transferencia.

En resumen, la *clarificación* es un medio cognoscitivo, no retador, para explorar los límites de la conciencia de cierto material por parte del paciente. La *confrontación* intenta hacer consciente al paciente de aspectos potencialmente conflictivos e incongruentes de dicho material. La *interpretación* trata de resolver la naturaleza conflictiva del material, al asumir motivos y defensas inconscientes subyacentes que hacen que parezca lógico lo que era contradictorio. La *interpretación de la transferencia* aplica todas estas modalidades de técnica a la interacción en curso entre el paciente y diagnosticador.

Ya que las entrevistas estructurales se centran en la confrontación e interpretación de defensas, conflictos de identidad, prueba de realidad o distorsiones de las relaciones objetales interiorizadas, y en los conflictos cognoscitivos y afectivos, por lo mismo, someten al paciente a un cierto grado de estrés. En vez de tranquilizarlo y reducir su "defensividad" al tolerarla o pasarla por alto, el entrevistador trata de hacer aflorar la patología en la organización de funciones del yo del paciente para obtener información relativa a la organización estructural de la enfermedad. El enfoque que describo no es, sin embargo, de ningún modo una entrevista tradicional de "estrés" que pretende inducir ansiedad o conflictos artificiales en el paciente. Por el contrario, la clarificación de la realidad requerida en la gran confrontación inicial requiere tacto y refleja respeto e interés por la realidad emocional del paciente, un compromiso honesto en contraste con lo que a veces puede ser una tolerancia indiferente o "superior", de lo inapropiado. La técnica de la entrevista estructural se describe en el capítulo 2; se resumen a continuación, las características clínicas de la organización límite de la personalidad que surgen durante la entrevista estructural.

CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES DE LA ORGANIZACION LIMITE DE LA PERSONALIDAD

Síntomas descriptivos como "presunta" evidencia

Los síntomas y rasgos patológicos del carácter del paciente no son criterios estructurales, pero sí guían la atención del clínico hacia los criterios estruc-

turales de la organización límite de la personalidad. De modo similar, la presencia de "presuntos" síntomas de naturaleza psicótica que no parecen justificar o corresponder a un diagnóstico bien definido de un trastorno afectivo importante (enfermedad maniaco-depresiva), esquizofrenia o un síndrome cerebral orgánico agudo o crónico, podrían sugerir al clínico que explorara los criterios estructurales para una organización límite de la personalidad. Los síntomas descriptivos de los pacientes límite son similares a los presentados en las neurosis sintomáticas ordinarias y de patología del carácter, pero la combinación de ciertos rasgos es peculiar en los casos límite. Los siguientes síntomas son particularmente importantes (Kernberg, 1975).

1. *Ansiedad:* Los pacientes límite presentan ansiedad crónica, difusa y libre y flotante.
2. *Neurosis polisintomática:* Muchos pacientes presentan varios síntomas neuróticos, pero aquí sólo considero aquellos que tienden a presentar dos o más de los siguientes:
   a. Fobias múltiples, en especial aquellas que imponen restricciones graves a la vida diaria del paciente.
   b. Síntomas obsesivo-compulsivos que han adquirido sintonicidad secundaria del yo y por lo tanto una calidad de pensamiento y acción "sobrevaluados".
   c. Síntomas múltiples de conversión, elaborados o raros, especialmente si son crónicos.
   d. Reacciones disociativas, en especial "estados de ensoñación" histéricos y fugas, y amnesia acompañada de trastornos de conciencia.
   e. Hipocondriasis.
   f. Tendencias paranoides e hipocondriacas con cualquier otra neurosis sintomática (una combinación típica que indica un "presunto" diagnóstico de organización límite de la personalidad).
3. *Tendencias sexuales perversas polimorfas:* Me refiero aquí a pacientes que presentan una desviación sexual manifiesta dentro de la cual coexisten varias tendencias perversas. En tanto más caóticas y múltiples las fantasías y acciones perversas, y más inestables las relaciones objetales conectadas con estas interacciones, tanto más debiera considerarse la presencia de una organización límite de la personalidad. Las formas bizarras de perversión, en especial aquellas que manifiestan agresión primitiva o substitución primitiva de los fines genitales con fines eliminatorios (orina, defecación), son también indicadores de una organización límite de la personalidad subyacente.
4. *Estructuras de personalidad prepsicótica "clásicas":* Incluyen:
   a. Personalidad paranoide (tendencias paranoides de tal intensidad que determinan el diagnóstico descriptivo principal).
   b. Personalidad esquizoide.
   c. Personalidad hipomaniaca y personalidad ciclotímica con fuertes tendencias hipomaniacas.
5. *Neurosis y adicciones por impulso:* Me refiero aquí a aquellas formas de patología grave del carácter en las que la erupción repetitiva crónica de un impulso gratifica necesidades instintivas en una forma que es egodistónica aparte de los episodios "empujados por el impulso", pero es egosintónica y en realidad muy agradable durante el episodio mismo. El alcoholismo, drogadicción, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía son ejemplos típicos.
6. *Trastornos del cáracter de "menor nivel":* Aquí se incluye la patología grave del carácter típicamente representada por el caótico e impulsivo, en contraste con los tipos clásicos de reacción-formación de estructura del mismo y los caracteres más apacibles tipo "evitación". Desde un punto de vista clínico, la personalidad histérica típica no tiene estructuras límite; lo mismo es cierto para las estructuras de la mayoría de las personalidades obsesivo-compulsivas y la "personalidad depresiva" (Laughlin, 1967), o las personalidades masoquistas mejor integradas. En contraste, muchas personalidades infantil y narcisistas típicas presentan una organización límite subyacente; las personalidades "como si" también pertenecen al último grupo. Todas las estructuras de personalidad antisocial definidas que he examinado presentan una organización típica de personalidad límite.

Todos estos síntomas y rasgos del carácter patológicos dominantes, pueden obtenerse con la investigación inicial de los síntomas que traen al paciente a tratamiento. La investigación abarca las características de la vida social e interpersonal del paciente respecto a su trabajo y familia; sus relaciones sexuales y maritales; sus interacciones con amigos, conocidos y parientes cercanos; y sus interacciones en las áreas de recreación, cultura, política, religión y otros intereses comunitarios interpersonales. Es, por lo tanto, una información inicial importante una historia que comprenda la sintomatología y peculiaridades de las interacciones interpersonales, con todos los pacientes en quienes ha de evaluarse el diagnóstico de la organización límite de la personalidad.

Carencia de una identidad integrada: El síndrome de difusión de identidad

Clínicamente, la difusión de identidad se representa por un concepto pobremente integrado del sí mismo y de otros significantes. Se refleja en la experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás. En cuanto a diagnóstico, la difusión de identidad aparece en la incapacidad del paciente para transmitir a un entrevistador interacciones significativas con otros, no pudiendo éste empatizar emocionalmente con la concepción del paciente respecto de sí mismo y de otros en tales interacciones.

Teóricamente, las siguientes suposiciones subyacen bajo esta falta de integración del sí mismo y del concepto de los otros significantes (Kernberg, 1975): (1) En la organización límite de la personalidad hay suficiente diferenciación de las representaciones del sí mismo y de las representaciones de objetos para permitir el mantenimiento de las fronteras del yo (o sea, una

clara delimitación entre el sí mismo y los otros). En las estructuras psicóticas, en contraste, está presente una refusión regresiva o falta de diferenciación entre las representaciones del sí mismo y de los objetos. (2) En contraste con las estructuras neuróticas, en donde todas las imágenes del sí mismo ("buenas" y "malas") han sido integradas en un sí mismo comprensivo, y donde las imágenes "buenas" y "malas" de los otros pueden integrarse en conceptos comprensivos de los demás, en la organización límite de la personalidad, dicha integración falla, y tanto las representaciones del sí mismo como de los objetos permanecen como representaciones afectivo-cognoscitivas del sí mismo y de los otros, múltiples y contradictorias. (3) Esta falta de integración de los aspectos "bueno" y "malo" de la realidad del sí mismo y de los demás se debe presumiblemente a la predominancia de una agresión grave temprana activada en estos pacientes. La disociación de las representaciones "buenas" o "malas" del sí mismo y de los objetos, en efecto protege al amor y la bondad de la contaminación por el odio y la maldad predominantes.

En la entrevista estructural, la difusión de la identidad se refleja en una historia enormemente contradictoria, o en una alternación entre estados emocionales que implican tal comportamiento contradictorio, y la percepción contradictoria del sí mismo, de modo que el entrevistador encuentra muy difícil ver al paciente como un ser humano "total". En tanto que en la patología grave del carácter neurótico la conducta interpersonal contradictoria puede reflejar la visión patológica pero integrada del paciente respecto de sí mismo y de los demás significantes, en la organización límite de la personalidad lo que no está integrado es la visión interna del sí mismo y de los demás.

Por ejemplo, una paciente neurótica con una estructura de personalidad predominantemente histérica dijo en la entrevista que quería ayuda para sus dificultades sexuales, pero estaba muy renuente a discutirlas. Confrontada con esta contradicción, ella explicó que sentía que los entrevistadores masculinos gozarían con el efecto humillante que tendría para una mujer hablar de sus dificultades sexuales, que podrían excitarse sexualmente a la vez que gozarían menospreciándola como sexualmente inferior. Este concepto de los hombres y de la naturaleza humillante de las experiencias sexuales y su revelación eran parte de un concepto integrado —aunque patológico— de sí misma y de los demás.

En contraste, una paciente con una estructura infantil de carácter predominante y una organización límite de personalidad, explicó lo disgustada que estaba con los hombres pues sólo tenían intenciones de usar a las mujeres como objetos sexuales, cómo tuvo que escapar de las acometidas sexuales de un jefe anterior, y cómo evitaba los contactos sociales a causa de los abordajes sexuales de los hombres en busca de presa. Pero también dijo que había trabajado algún tiempo como "conejita" en un club de "Playboy", y estaba muy sorprendida cuando el entrevistador la confrontó con la contradicción entre sus afirmaciones y su selección de empleo.

La difusión de identidad también se refleja en las descripciones de las personas significativas en la vida del paciente, y que no permiten al entrevistador "integrarlas" para obtener una imagen clara de ellas. La descripción

de los otros significantes es a menudo tan burdamente contradictoria que más parecen caricaturas que gente real. Una mujer que vivía en un "ménage à trois" no pudo describir las características del hombre y de la mujer con quienes vivía, ni las relaciones sexuales o humanas entre ellos, y particularmente con ella. Otra paciente límite con una estructura de personalidad masoquista, describió a su madre en algunos momentos de la entrevista como cálida, simpática, sensible y alerta a las necesidades de la paciente; pero también como fría, indiferente, insensible, encerrada en sí misma y evasiva. Los esfuerzos por aclarar estas contradicciones aparentes condujeron primero a un aumento de ansiedad en la paciente. Más adelante, ella sintió que estaba siendo atacada por el entrevistador, y criticada por tener imágenes contradictorias de su madre, e implícitamente, por albergar "malos" sentimientos hacia ella. La interpretación de la proyección de sus propios sentimientos de culpa sobre el entrevistador, redujo su ansiedad pero dejó a la paciente con la dolorosa experiencia de una percepción caótica de su madre. Un paciente puede, por supuesto, describir a alguien que sea verdaderamente caótico, así que uno tiene que distinguir entre una narración caótica de otra persona y una declaración precisa de alguien que es de hecho crónicamente contradictorio. Esto, en la práctica, es más fácil de lo que pudiera parecer.

La entrevista estructural a menudo nos permite explorar las percepciones del paciente respecto al entrevistador, y la dificultad del paciente para empatizar con los esfuerzos de aquél para integrar lo que percibe como las percepciones del paciente sobre él. En suma, la entrevista estructural constituye una situación experimental en la que puede explorarse y someter a prueba el grado de integración del sí mismo y de la percepción de los objetos.

Una sólida identidad del yo refleja una estructura neurótica de personalidad en un paciente con una prueba de realidad intacta. En pacientes maniaco depresivos y esquizofrénicos puede aparecer en algunos sistemas ilusorios crónicos, una identidad anormal patológicamente integrada. Estructuralmente hablando, la integración y la congruencia con la realidad son las que diferencian la organización neurótica de la personalidad y la psicótica.

Un tema estructural íntimamente relacionado tiene que ver con la calidad de las relaciones objetales: la estabilidad y profundidad de las relaciones del paciente con los otros significantes según se manifiestan por la calidez, dedicación, interés y tacto. Otros aspectos cualitativos son la empatía, entendimiento, y la capacidad para mantener una relación cuando es invadida por el conflicto o la frustración. La calidad de las relaciones objetales es en gran parte dependiente de la integración de la identidad, lo cual incluye no sólo el grado de integración sino también la continuidad temporal del concepto del paciente sobre sí mismo y los demás. Normalmente, nuestra experiencia de nosotros mismos es consistente a través del tiempo bajo circunstancias variantes y con personas diferentes, y experimentamos conflicto cuando surgen contradicciones en nuestro autoconcepto. Lo mismo se aplica a nuestra experiencia de los demás. Pero en la organización límite de la personalidad, esta continuidad temporal se pierde; tales pacientes tienen poca capacidad para una evaluación realista de los demás. Las relaciones a largo

plazo de los pacientes límite con los demás se caracterizan por una percepción crecientemente distorsionada de las mismas. Fracasa para lograr una empatía real; sus relaciones con los demás son caóticas o huecas; y las relaciones íntimas están por lo general contaminadas por su típica condensación de los conflictos genitales y pregenitales.

La calidad de las relaciones objetales del paciente puede aparecer en esta interacción con el entrevistador. Aunque breves, estas interacciones en el diagnóstico a menudo permiten la diferenciación del fomento gradual por la personalidad neurótica de una relación personal de tipo apropiado, junto a la relación persistentemente bloqueada, distorsionada, vacía, y caótica de la personalidad límite. En el caso de la organización psicótica de la personalidad donde la prueba de realidad se ha perdido, pueden darse distorsiones aún más graves de la relación paciente-diagnosticador. Es la combinación de tal distorsión dentro de una interacción en la que la prueba de realidad se mantiene, la que es tan característica de una organización límite de la personalidad. El giro frecuente de enfoque desde la interacción actual del paciente y entrevistador, hacia las dificultades del paciente en las interacciones con los demás significantes, brinda material adicional para la evaluación de la calidad de sus relaciones objetales.

Mecanismos de defensa primitivos

Una diferencia más entre la estructura neurótica de la personalidad, por un lado, y las estructuras límite y psicótica, por el otro, es la naturaleza de la organización defensiva. En la neurótica, como se mencionó, ésta se centra en la represión y otras operaciones defensivas de alto nivel. Las estructuras límite y psicótica, en contraste, se caracterizan por una predominancia de operaciones defensivas primitivas, en especial el mecanismo de escisión. La represión y los mecanismos relacionados de alto nivel como la formación reactiva, aislamiento, anulación, intelectualización y racionalización protegen al yo de los conflictos intrapsíquicos por medio del rechazo desde el yo consciente de una derivación del impulso, de su representación ideacional o de ambas. La escisión y otros mecanismos relacionados protegen al yo de conflictos mediante la disociación o manteniendo activamente aparte las experiencias contradictorias del sí mismo y de los demás significantes. Cuando predominan estos mecanismos, los estados contradictorios del yo son alternativamente activados. En tanto estos estados contradictorios del yo puedan mantenerse separados entre sí, se previene o controla la ansiedad relacionada con estos conflictos.

El mecanismo de disociación primitiva o escisión y los mecanismos asociados de idealización primitiva, tipos primitivos de proyección (particularmente identificación proyectiva), negación, omnipotencia y devaluación pueden obtenerse en la interacción clínica del paciente y el diagnosticador. Estas defensas protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico pero al costo de debilitar el funcionamiento de su yo, reduciendo por lo tanto su efectividad adaptativa y flexibilidad en la entrevista y generalmente en su vida. Estas mismas operaciones defensivas primitivas cuando se encuentran en la organización psicótica protegen al paciente de mayor desintegración de los límites entre el sí mismo y el objeto. El hecho de que las mismas operaciones defensivas puedan observarse en pacientes psicóticos y límite, y aún servir para diferentes funciones se ha demostrado clínicamente. La interpretación de la escisión y de otros mecanismos relacionados en la organización límite de la personalidad integra al yo y mejora el funcionamiento inmediato del paciente. Este aumento inmediato (si bien, sólo transitorio) de la adaptación social y de la prueba de realidad puede utilizarse para fines diagnósticos. En contraste, la interpretación de estas defensas para el paciente psicótico en la entrevista diagnóstica produce mayor regresión en su funcionamiento. De este modo, el que el paciente mejore de inmediato o se deteriore bajo el efecto de tal interpretación, contribuye en forma crucial a la diferenciación diagnóstica de la organización límite y de la psicótica.

Escisión: Probablemente la manifestación más clara de escisión es la división de los objetos externos en "completamente buenos" y "completamente malos", con posibilidad concomitante de cambios completos, abruptos, de un objeto desde un compartimiento extremo, al otro —o sea, virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y conceptuaciones sobre una persona particular. La oscilación repetitiva extrema entre conceptos contradictorios del sí mismo es otra manifestación del mecanismo de escisión. En la entrevista diagnóstica, los cambios repentinos en la percepción del entrevistador, en la del paciente de sí mismo o una separación completa de reacciones contradictorias al mismo tema pueden reflejar mecanismos de escisión en la interacción del aquí-y-ahora. También es indicativo del mecanismo de escisión, un aumento de ansiedad en el paciente cuando se le señalan aspectos contradictorios de su autoimagen o de sus representaciones objetales. Los intentos por clarificar, confrontar e interpretar estos aspectos contradictorios del sí mismo y de las representaciones objetales, activan el mecanismo de escisión en la interacción del aquí-y-ahora y reflejan sus funciones en relación a la prueba de realidad (aumento o disminución) y la rigidez de los rasgos del carácter que "fijan" la escisión en problemas estables.

Idealización primitiva: Este mecanismo complica la tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos o totalmente malos, al aumentar artificial y patológicamente su cualidad de "bondad" o "maldad". La idealización primitiva crea imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas; esto puede reflejarse en la interacción con el diagnosticador al tratarlo como una figura ideal, omnipotente o endiosada, de quien el paciente depende en forma no realista. El entrevistador o alguna otra persona idealizada pueden ser vistos como un aliado potencial contra los objetos "completamente malos", igualmente poderosos (e igualmente no realistas).

Formas tempranas de proyección, especialmente la identificación proyectiva: En contraste con los altos niveles de proyección, caracterizados por la atribución al otro por parte del paciente de un impulso que él ha reprimido en sí mismo, las formas primitivas de proyección, particularmente la identificación proyectiva, se caracterizan por (1) la tendencia a seguir experimentando el impulso que está siendo proyectado simultáneamente

sobre la otra persona, (2) temor a la otra persona bajo la influencia de ese impulso proyectado y (3) la necesidad de controlar a la otra persona bajo la influencia de este mecanismo. La identificación proyectiva implica, por lo tanto, aspectos interpersonales intrapsíquicos, y de conducta, en las interacciones del paciente, y esto puede reflejarse dramáticamente en la entrevista diagnóstica. El paciente puede acusar al entrevistador de una cierta reacción hacia él, una reacción que el paciente está tratando de inducir en el entrevistador por medio de su propio comportamiento. Por ejemplo, un paciente acusó al entrevistador de ser sádico, en tanto que él mismo lo trataba en una forma fría, controladora, despectiva y suspicaz. La interpretación de esta operación defensiva en el aquí-y-ahora, a menudo permite en forma dramática la diferenciación de una personalidad paranoide (una constelación de personalidad límite típica) de una esquizofrenia paranoide.

Negación: La negación en los pacientes límite se ejemplifica en forma típica con la negación de dos áreas de conciencia emocionalmente independientes; podríamos decir que la negación aquí sólo refuerza la escisión. El paciente se da cuenta que sus percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí mismo u otras personas, en un momento u otro, son opuestos por completo a los que él había tenido otras veces, pero su memoria no tiene relevancia emocional y no puede influir en la forma que siente ahora. La negación puede manifestarse como una completa falta de interés, con ansiedad o una reacción emocional respecto a una necesidad, conflicto o peligro, inmediatos, serios y presionantes en la vida del paciente, de modo que éste canalice calmadamente su conciencia cognoscitiva de la situación en tanto niega sus implicaciones emocionales. O un área entera de la conciencia subjetiva del paciente puede cerrarse a su experiencia subjetiva, protegiéndolo así de un área de conflicto potencial. El esfuerzo empático del diagnosticador para evaluar las circunstancias del paciente y las reacciones del mismo a ellas a la luz de las reacciones humanas normales, pudiera uno esperar que a menudo le proporcionan un agudo contraste entre este esfuerzo empático y su propia actitud al parecer indiferente o insensible sobre él mismo o los demás significantes. La negación también puede hacerse evidente en la discusión del paciente de su vida presente y en la contradicción entre su situación de vida y su reacción a ella en la entrevista diagnóstica.

Omnipotencia y devaluación: Tanto la omnipotencia como la devaluación son derivaciones de operaciones de escisión que afectan las representaciones del sí mismo y de los objetos y se representan en forma típica por la activación de estados del yo que reflejan un sí mismo grandioso, muy inflado, en relación con una representación de los demás despreciada y emocionalmente degradante. La personalidades narcisistas, un subgrupo especial de organización límite de la personalidad, presentan estas operaciones defensivas en forma impactante. La omnipotencia y la devaluación pueden quedar manifiestas en las descripciones del paciente de los demás significantes y sus interacciones con ellos y en su conducta durante la entrevista diagnóstica. En esta conexión, el diagnosticador

debería estar especialmente alerta a cualquier indicación sutil o pequeña de conducta patológica que pueda obtenerse en los primeros contactos diagnósticos con el paciente. Considerando que un paciente por lo general trata de presentarse en su mejor forma en una situación nueva (y que, si no es así, puede estarse indicando una grave patología del carácter), uno debe concluir que ambas conductas fuertemente inapropiadas, cuando se presenten, y las desviaciones sutiles de la conducta, de otro modo, "perfectamente normal", requieren de exploración en las entrevistas diagnósticas.

Pruebas de realidad

Tanto la organización neurótica de la personalidad como la límite presentan mantenimiento de la prueba de realidad, en contraste con las estructuras de personalidad psicótica. Por lo tanto, mientras el síndrome de difusión de identidad y la predominancia de las operaciones defensivas primitivas permiten la diferenciación estructural de los trastornos límite de los neuróticos, la prueba de realidad permite la diferenciación de la organización límite de la personalidad de los principales síndromes psicóticos. La prueba de realidad se define por la capacidad de diferenciar el sí-mismo del no-sí-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos, y la capacidad para evaluar realistamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias. Clínicamente, la prueba de realidad se reconoce por (1) la ausencia de alucinaciones y delirios; (2) un afecto o emoción, un contenido de pensamiento o una conducta fuertemente inapropiados o bizarros, y (3) la capacidad para empatizar con y de clarificar las observaciones de otras personas de lo que parece a ellas aspectos inapropiados o desconcertantes de las emociones, conducta o contenido de pensamiento del paciente, en el contexto de las interacciones sociales ordinarias. La prueba de realidad necesita diferenciarse de las alteraciones en la experiencia subjetiva de realidad, que pueden estar presentes en algún momento en cualquier paciente con una pena psicológica; y también de la alteración de la relación con la realidad que se presenta en toda la patología del carácter, así como en los trastornos psicóticos más regresivos. Por sí misma, tiene un valor diagnóstico sólo en formas muy extremas (Frosch, 1964). ¿Cómo se refleja la prueba de realidad en la entrevista diagnóstica estructural?

1. La prueba de realidad puede considerarse presente cuando la información del paciente indique que él no ha sufrido y no está sufriendo de alucinaciones o delirios, o, si los ha tenido en el pasado, que ahora tiene la capacidad de evaluarlos plenamente, incluyendo la habilidad para expresar un interés o extrañeza apropiados respecto a dichos fenómenos.
2. En los pacientes que no han tenido alucinaciones o delirios, la prueba de realidad puede ser evaluada al centrarse el entrevistador en forma precisa sobre cualquier afecto o emoción, contenido de pensamiento o conducta inapropiados que puedan observarse. La prueba de realidad se refleja en la capacidad del paciente para empatizar con la per-

cepción del entrevistador sobre estas características y, en forma más sutil, en su capacidad para empatizar con la percepción del entrevistador sobre la interacción con el paciente en general. La entrevista estructural, como he señalado, constituye, por lo tanto, una oportunidad ideal para la prueba de realidad y así, para la diferenciación de la organización límite, de la psicótica.

3. Por las razones mencionadas, la prueba de realidad puede también evaluarse al interpretar las operaciones defensivas en la interacción paciente-entrevistador. Una mejoría en el funcionamiento inmediato del paciente como consecuencia de dicha interpretación, refleja la conservación de la prueba de realidad, en tanto que un deterioro inmediato de dicho funcionamiento, como consecuencia de la intervención, indica la pérdida de ésta.

El cuadro 1–1 resume la diferenciación de la organización de la personalidad en términos de los tres criterios estructurales de integración de la identidad, operaciones defensivas y prueba de realidad.

Manifestaciones no específicas de debilitación del yo

Las manifestaciones "no específicas" de debilitación del yo incluyen la ausencia a la ansiedad, de control de impulsos y de canales de sublimación desarrollados. Estas han de diferenciarse de los aspectos "específicos" de debilidad del yo: las consecuencias debilitantes del yo por la predominancia de mecanismos defensivos primitivos. La tolerancia a la ansiedad se refiere al grado al que el paciente puede tolerar una carga de tensión mayor de la que en forma habitual experimenta sin desarrollar síntomas aumentados o conducta generalmente regresiva; el control de impulsos se refiere al grado al que el paciente puede experimentar fuertes deseos instintivos o emociones fuertes sin tener que actuar sobre ellas de inmediato contra su mejor juicio e interés: la efectividad sublimatoria se refiere al grado al que al paciente puede comprometerse con valores que van más allá de su propio interés inmediato o más allá de la autopreservación –particularmente el grado al que él es capaz de desarrollar recursos creativos en algún área más allá de sus antecedentes, educación o entrenamiento naturales.

Estas características, aunque reflejan condiciones estructurales, son manifiestas en la conducta directa, que puede obtenerse en el curso de la historia del paciente. Las manifestaciones no específicas de debilitación del yo diferencian la organización límite y las psicosis, de las estructuras neuróticas de la personalidad; pero tienen una función diferenciadora menos precisa y clara entre las estructuras límite y neurótica de lo que es cierto para la integración de la identidad y niveles de organización defensiva. Muchas personalidades narcisistas, por ejemplo, presentan indicaciones de síntomas no específicos de debilitación del yo en menor cantidad de lo que pudiera esperarse.

Falta de integración del superyó

Un superyó relativamente bien integrado aunque muy severo, caracteriza los tipos neuróticos de organización de la personalidad. Las organizaciones lí-

Cuadro 1–1. Diferenciación de la organización de la personalidad

<table>
<tr><th>Criterios estructurales</th><th>Neurótico</th><th>Límite</th><th>Psicótico</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Integración de la identidad</td><td colspan="2">Representaciones del sí mismo y de los objetos precisamente delimitados</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Difusión de identidad: aspectos contradictorios del sí mismo y de los demás pobremente integrados y mantenidos aparte</td></tr>
<tr><td>Identidad integrada: imágenes contradictorias del sí mismo y de los demás integradas en concepciones comprensivas</td><td></td><td>Las representaciones del sí mismo y de los objetos están delimitados pobremente, o de otro modo hay una identidad de delirio</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Operaciones defensivas</td><td>Represión y defensas de alto nivel: formación reactiva, aislamiento, anulación, racionalización, intelectualización</td><td colspan="2">Principalmente defensas de escisión y de bajo nivel: idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, devaluación</td></tr>
<tr><td colspan="2">Las defensas protegen al paciente del conflicto intrapsíquico. La interpretación mejora el funcionamiento</td><td>Las defensas protegen al paciente de la desintegración y de la fusión sí-mismo/objeto
La interpretación conduce a la regresión</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Prueba de realidad</td><td colspan="2">La capacidad de prueba de realidad se preserva: diferenciación del sí-mismo del no-sí-mismo, lo intrapsíquico de los orígenes externos de las percepciones y estímulos</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Ocurren alteraciones en relación con la realidad y en los sentimientos de realidad</td></tr>
<tr><td>Existe capacidad para evaluar al sí mismo y a los demás en forma realista y con profundidad</td><td></td><td>La capacidad de prueba de realidad se pierde</td></tr>
</table>

mite y psicóticas reflejan deterioro en la integración del superyó y se caracterizan por precursores no integrados del mismo, particularmente representaciones primitivas de los objetos, sádicas e idealizadas. La integración del superyó puede evaluarse al estudiar el grado al que el paciente se identifica con valores éticos y tiene a la culpa normal como un regulador principal. Las regulaciones de la autoestima mediante sentimientos de culpa muy graves o los vaivenes depresivos del humor, representan una integración patológica del superyó (típica de la organización neurótica) en contraste con las funciones autocríticas moduladas y específicamente centradas del individuo normal, en términos de valores éticos. El grado al que la persona es capaz de

regular su funcionamiento según los principios éticos; abstenerse de la explotación, manipulación o maltrato a los demás; y conservar la honestidad e integridad moral sin un control externo, todo ello indica integración del superyó. En cuanto a diagnóstico, este criterio es menos confiable que los descritos. Aun los pacientes que emplean defensas predominantemente primitivas pueden dar evidencia de integración del superyó, aunque pueda ser sádica por naturaleza, y hay pacientes con organización límite que mantienen una integración del superyó relativamente buena a pesar de patología grave en el área de integración de la identidad, relaciones objetales y organización defensiva. También, la información sobre la integración del superyó puede obtenerse más efectivamente de la historia del paciente y de la observación a largo plazo, que de la entrevista diagnóstica. Sin embargo la utilidad pronóstica del grado de integración del superyó la convierte en un criterio estructural muy importante para la indicación o contraindicación de psicoterapia intensiva a largo plazo. De hecho, la calidad de las relaciones objetales y del funcionamiento del superyó son probablemente los dos criterios pronósticos más importantes que se desprenden de un análisis estructural.

Características genético-dinámicas de los conflictos instintivos

Aunque los conflictos instintivos característicos de la organización de la personalidad límite se hacen manifiestos en las relaciones terapéuticas a largo plazo con pacientes límite, son relativamente difíciles de discernir en entrevistas diagnósticas y se describen aquí en aras de una información completa.

La organización límite de la personalidad presenta una condensación patológica de luchas instintivas genitales y pregenitales con predominancia de la agresión pregenital (Kernberg, 1975). Esta presunción explica la condensación bizarra e inapropiada de impulsos sexuales dependientes y agresivos, encontrados clínicamente en la organización límite (y también psicótica). Lo que aparece como una persistencia caótica de impulsos y temores primitivos, la pansexualidad del caso límite, representa una combinación de varias soluciones patológicas de estos conflictos.

Debería también subrayarse que la discrepancia entre el desarrollo histórico real del paciente y su experiencia interna, fija, del mismo, es enorme. Lo que averiguamos en la exploración psicoanalítica de estos casos no es lo que pasó en la realidad externa, sino cómo el paciente experimentó sus relaciones objetales significativas, en el pasado. En el mismo tenor, no podemos tomar la historia inicial del paciente como se presenta: mientras más grave la patología del carácter, menos confiable la historia inicial. En los trastornos narcisistas graves y en la organización límite de la personalidad, generalmente, la historia inicial del desarrollo temprano es con frecuencia vacía, caótica o engañosa. Sólo después de años de tratamiento es posible reconstruir una secuencia genética interna (en el sentido de los orígenes intrapsíquicos) y relacionarla de alguna forma a las verdaderas experiencias pasadas del paciente.

Las características del conflicto instintivo abajo detallado, derivan de literatura previamente resumida (Kernberg, 1975), y de mi propia experiencia en psicoterapia psicoanalítica intensiva y psicoanálisis de pacientes límite.

La primera característica es una excesiva formación agresiva en los complejos edípicos de modo que la imagen del rival edípico adquiere en forma típica características aterradoras, abrumadoramente peligrosas y destructivas: la ansiedad del temor a la castración y la envidia del pene aparecen muy exageradas y abrumadoras; y las prohibiciones del superyó contra las relaciones sexualizadas adquieren una cualidad primitiva, salvaje, manifestadas en graves tendencias masoquistas o proyecciones paranoides de precursores del superyó.

Segunda, las idealizaciones del objeto de amor heterosexual en la relación edípica positiva y del objeto de amor homosexual en la negativa son exageradas y tienen notorias funciones defensivas contra la rabia primitiva. Hay así una idealización no realista de tales objetos de amor y un anhelo por los mismos, y la posibilidad de un rápido colapso de la idealización, con un retroceso de la relación positiva a la negativa (o negativa a positiva) en un giro rápido y total de relación objetal. Como consecuencia, las idealizaciones aparecen exageradas y frágiles con la complicación adicional, en el caso de patología narcisista del carácter de una devaluación fácil de los objetos idealizados y un total aislamiento.

Tercera, la naturaleza no realista del rival edípico amenazante y del idealizado y deseado, revela, en un análisis genético cuidadoso, la existencia de imágenes de naturaleza padre-madre, condensadas, reflejando la condensación de aspectos parciales de las relaciones con ambos padres. Si bien, las diferencias sexuales en las relaciones objetales se conservan, la relación, en la fantasía, con cada uno de estos objetos es no realista y primitiva, y refleja la condensación de relaciones idealizadas o amenazantes que brotan de desarrollos edípicos y preedípicos, y un rápido cambio de las relaciones libidinales y agresivas desde un objeto paternal al otro. Cada relación particular con un objeto paternal resulta en el reflejo de una historia de desarrollo más compleja de lo que es en general el caso con pacientes neuróticos, excepto los más gravemente neuróticos, en quienes los desarrollos de transferencia están más íntimamente relacionados con sucesos realistas del pasado.

Cuarta, las luchas genitales de pacientes con complejos preedípicos predominantes sirven a importantes funciones pregenitales. El pene, por ejemplo, puede adquirir características de la madre que alimenta, que retiene o que ataca (básicamente, la función alimentadora de su pecho), y la vagina, funciones de la boca hambrienta, alimentadora o agresiva; desarrollos similares ocurren en relación a funciones anales y urinarias. Aunque muchos pacientes neuróticos y con patología del carácter menos grave también presentan estas características, su existencia en combinación con la excesiva formación agresiva en todas las funciones libidinales pregenitales, es típica de pacientes con organización límite de la personalidad.

Quinta, los pacientes límite muestran en forma típica lo que pudiera describirse como una edipización prematura de sus complejos y relaciones preedípicas, una progresión defensiva en su desarrollo instintivo que se refleja clínicamente en una pronta edipización de la transferencia. Este fenómeno de transferencia a menudo resulta ser espurio en cuanto que, con el tiempo, lleva de vuelta a una patología preedípica grave y caótica; sin embargo, es, al mismo tiempo, significativa al indicar la organización defensiva de comple-

jos edípicos que en forma eventual, a veces tras años de tratamiento, predominan en la transferencia. A este respecto, nuestro conocimiento cada vez mayor sobre la conciencia genital temprana en ambos sexos y la diferencia en las relaciones madre-lactante dependiendo del sexo del mismo (Money y Ehrhardt, 1972; Galenson and Roiphe, 1977; Kleeman, 1977; Stoller, 1977) pueden brindar información sobre la conducta infantil temprana que se relaciona con los procesos intrapsíquicos mediante los cuales se realiza un escape de los complejos preedípicos hacia la edipización de las relaciones objetales.

En ambos sexos, el desplazamiento de las necesidades frustradas de dependencia, de la madre hacia el padre, matiza la relación edípica positiva de la niña, y la relación edípica negativa del niño. El desplazamiento de conflictos agresivos orales de la madre hacia el padre aumenta la ansiedad por la castración y la rivalidad edípica en los niños, y la envidia del pene y distorsiones del carácter relacionadas, en las niñas. En ellas, la grave agresión pregenital hacia la madre refuerza las tendencias masoquistas en su relación con los hombres, graves prohibiciones del superyó contra la genitalidad en general, y la relación edípica negativa hacia la madre como una idealización defensiva y una formación reactiva contra la agresión. La proyección de conflictos primitivos de agresión en la relación sexual entre los padres aumenta las versiones distorsionadoras y temibles de la escena primaria, lo que puede tener extensiones de odio hacia todo el amor mutuo ofrecido por los demás. Más generalmente, el desplazamiento defensivo de los impulsos y conflictos de un padre al otro, fomente el desarrollo de fantásticas combinaciones, confusas de imágenes paternales bisexuales, condensadas bajo la influencia de un impulso particular proyectado.

Todas estas características de conflictos instintivos de pacientes con organización límite de la personalidad pueden reflejarse en la sintomatología inicial y en su conducta sexual, fantasías y relaciones interpersonales. Pero, como mencioné, a menudo no se prestan para un análisis profundo durante las primeras entrevistas diagnósticas.

CONCLUSION

Un número de temas requiere mayor investigación clínica y experimental. Se refieren al diagnóstico estructural de la organización límite de la personalidad en momentos de regresión temporal, como en los breves episodios psicóticos que sufren los pacientes límite bajo la influencia de un trastorno emocional grave, alcohol o drogas. La experiencia clínica preliminar sugiere que la entrevista diagnóstica estructural, que aquí se propone puede aún diferenciar la organización límite de la personalidad bajo estas condiciones, reduciendo temporalmente, en efecto, la pérdida de la prueba de realidad en estos pacientes. Sin embargo, será necesaria mayor exploración para confirmar esto. Las características descriptivas de dichos episodios psicóticos breves, y el hecho de que estén enclavadas en una estructura de personalidad típica de la organización límite constituyen los criterios diagnósticos positivos en ese momento.

Otro problema se presenta por las reacciones psicóticas bajo la influencia de drogas psicotomiméticas, las que a menudo, durante su etapa aguda, hacen surgir la cuestión del diagnóstico diferencial entre episodios psicóticos agudos en la organización límite de la personalidad y reacciones esquizofrénicas agudas (Trastorno esquizofreniforme en la Asociación Psiquiátrica Americana, 1980 [DSM-III]). De nuevo, la evidencia preliminar parece indicar que la pérdida de prueba de realidad en las psicosis inducidas por drogas en la organización límite de la personalidad, puede transitoriamente mejorar con la evaluación diagnóstica estructural propuesta, en contraste con la regresión temporal aumentada cuando las defensas primitivas se interpretan en el caso de reacciones esquizofrénicas. Esta es, sin embargo, sólo una impresión preliminar.

Un tema importante es el de las características estructurales de pacientes con enfermedad esquizofrénica crónica durante periodos de remisión. Mis colegas y yo hemos observado varios tipos de organización de personalidad en dichos pacientes. Algunos esquizofrénicos crónicos, parecen "sellarse" y presentan una organización neurótica de personalidad durante periodos de latencia; otros se cierran y presentan una organización límite; otros más, presentan una regresión psicótica típica cuando se les examina con el enfoque estructural durante periodos de remisión clínica, indicando así la permanencia o persistencia de una estructura esencialmente psicótica. Así, la estructura de personalidad subyacente en los pacientes esquizofrénicos crónicos durante la remisión, puede no ser uniforme, y quizá sea posible diferenciar con criterios estructurales las organizaciones de personalidad psicótica crónica propias de pacientes con un nivel de hermetismo más alto. Si es así, esto puede tener implicaciones terapéuticas y pronósticas en términos de las precondiciones para, y las características de, cambios en la organización predominante de la personalidad que observamos en algunos pacientes esquizofrénicos durante la remisión.

Los criterios estructurales propuestos, particularmente el de prueba de realidad, pueden considerarse como herramientas sumamente útiles para usarse junto con una evaluación de los síntomas descriptivos de los diversos trastornos psicóticos. El enfoque diagnóstico estructural puede enriquecer notablemente la agudeza, precisión y exactitud de nuestros diagnósticos diferenciales y añadir elementos importantes a las consideraciones terapéuticas y de pronóstico de cada caso individual. Algunos casos seguirán probablemente, de todos modos, desafiando nuestra capacidad para el diagnóstico diferencial, cuando menos, al intentarse en un periodo muy corto.

El enfoque estructural del diagnóstico diferencial de la organización límite de la personalidad subraya la importancia de diagnosticar al paciente como un individuo total, y evaluar su vida interna de relaciones objetales en términos de su concepto de sí mismo y de los otros significantes. De manera paradójica, este enfoque dinámico basado en la teoría de las relaciones objetales, que parece contrario a una forma más descriptiva de diagnóstico basada en los síntomas y la conducta, enriquece al diagnóstico descriptivo. Desde el punto de vista de la metodología de la investigación, es más fácil y al parecer más "objetivo" clasificar la conducta humana en casilleros de manifestaciones conductuales, que estudiar al individuo en su totalidad. Sin

embargo, a pesar de las dificultades metodológicas implicadas en un estudio así, de la totalidad del individuo, a la larga puede brindar una base más firme para la investigación sobre la organización de la personalidad y los cambios en ella.

El diagnóstico de organización límite de la personalidad, afecta al pronóstico y al tratamiento. Donde el diagnóstico estructural determina la presencia de organización límite de la personalidad más que neurosis sintomática ordinaria y patología del carácter, indica limitaciones a la posibilidad de tratamiento psicoanalítico; sugiere que sería más apropiada la psicoterapia psicoanalítica de expresión, a largo plazo e intensiva, más que un tratamiento de apoyo; señala la necesidad de evaluar cuidadosamente si, y cómo estructurar la vida externa del paciente en tanto que tal terapia intensiva está en proceso; significa que, bajo condiciones de crisis aguda, se indica una intervención en crisis. Por último tendrá que hacerse la decisión sobre qué enfoque de tratamiento adoptar —psicoterapia de expresión o de apoyo. Para aquellos casos en los que esté contraindicada la psicoterapia de expresión y se opte por un enfoque de apoyo, deberá aceptarse la posibilidad de que un paciente pueda necesitar apoyo durante muchos años o quizá de por vida.

En mi opinión, este diagnóstico tiene un mejor pronóstico para muchos pacientes hoy en día, de lo que tenía hace sólo 20 ó 30 años. En el caso de pacientes con enfermedad esquizofrénica crónica, el diagnóstico de organización límite de la personalidad (en contraste con la estructura psicótica) durante periodos de remisión indica la posibilidad de psicoterapia psicoanalítica e implícitamente, la posibilidad de mejorar de manera fundamental la estructura de personalidad y, de este modo, proporcionar al paciente protección adicional contra una quiebra psicótica.

2

La entrevista estructural

Mi principal objetivo en este capítulo es ilustrar la utilidad clínica de la entrevista estructural particularmente en el diagnóstico diferencial de los trastornos límite. Las descripciones clínicas detalladas de diferentes patrones que surgen durante las entrevistas estructurales debieran también ilustrar los límites de utilidad de la entrevista estructural. En pocas palabras, mientras más surge un síndrome psicótico u orgánico preciso, más se parece la entrevista estructural al examen tradicional del estado mental. Pero para los pacientes dentro del espectro neurótico o límite de la psicopatología, las ventajas de la entrevista estructural rápidamente se hacen evidentes. Esta no sólo agudiza el diagnóstico diferencial sino también revela información con implicaciones terapéuticas y pronósticas importantes. Nos habla de la motivación del paciente, de su capacidad para la introspección y para la colaboración en el tratamiento terapéutico, y su potencial de "acting out" y de descompensación psicótica.

Una cuestión importante es si debiera hacerse una historia psiquiátrica estándar antes de la entrevista estructural, la que, bajo estas condiciones, substituye al examen tradicional del estado mental; o si, la historia y el examen, debieran substituirse por una entrevista estructural, que da como resultado una elaboración selectiva de la historia a la luz de los descubrimientos en la entrevista misma.

Las ventajas de arrancar con la clásica elaboración de una historia son que este método se ajusta con más facilidad al entrenamiento de residentes psiquiátricos para la elaboración de historias y examen; que permite al psiquiatra diagnosticar rápidamente la psicopatología obvia, psicótica y orgánica (donde la entrevista estructural es mucho menos importante), y, como este enfoque es más tradicional, disminuye la ansiedad inicial del paciente al ajustarse a las expectativas ordinarias de la interacción paciente-doctor. Comenzar con la elaboración de una historia también evita las consecuencias de un brote grave prematuro de defensas primitivas (con la activación de desarrollos intensamente negativistas o de oposición, en particular en el caso de pacientes paranoides).

Las desventajas de empezar con una elaboración tradicional de la historia antes de la entrevista estructural son que permite que las operaciones defensivas predominantes del paciente se oculten, y, en especial con las estructuras neuróticas o límite hace más fácil para el paciente "adaptarse" protectivamente a la entrevista, lo que disminuye la ansiedad en tanto que obscurece las áreas de conflictos actuales y los desarrollos de transferencia temprana.

Al sopesar estas ventajas y desventajas, creo que en tanto menos tiempo tenga el entrevistador para una evaluación completa del paciente, y mientras menos experiencia haya tenido en entrevistas estructurales, mayor es la ventaja de comenzar con una historia estándar y luego cambiar a la entrevista estructural. En contraste, en tanto más tiempo disponible, más experiencia del entrevistador, y más se centre el diagnóstico diferencial en las fronteras entre estructura neurótica y límite y entre límite y psicótica, más útil será comenzar con una entrevista estructural, en el entendimiento de que la información histórica requerida en los casos individuales encajará naturalmente en las fases avanzadas de la entrevista estructural.

El entrevistador comienza por pedir al paciente un breve resumen de sus razones para venir a tratamiento, sus expectativas de éste y la naturaleza de sus síntomas predominantes, problemas o dificultades. Si bien, el patrón de búsqueda que sigue a las preguntas iniciales de apertura puede variar en los diferentes enfoques a la entrevista estructural (Stone, 1980; Selzer, 1981), mi preferencia es seguir el interrogatorio inicial con una búsqueda sistemática explorando el ciclo de "síntomas de anclaje" de la psicopatología clave indicados en el perímetro del círculo de la figura 2–1.

Terminada la exploración, el entrevistador se centra en los síntomas significativos que han surgido en el curso de la misma, explorándolos según aparezcan en la interacción del aquí y ahora de la entrevista, seguidos de clarificación, confrontación e interpretación tentativa, con atención cuidadosa sobre las reacciones del paciente a estas intervenciones. La capacidad del paciente para empatizar con el interrogatorio del entrevistador, para clarificar más los temas que se refieren a su identidad del yo, relaciones objetales, prueba de realidad y configuraciones actuales de defensa-impulso, da una indicación de su capacidad para la introspección. El diagnóstico estructural depende en gran medida de cómo maneje el paciente las clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones.

Si, por ejemplo, la investigación inicial ha revelado alguna evidencia de difusión de identidad y defectos en la prueba de realidad, el entrevistador primero trata de ampliar la expresión de estas características en la interacción de la entrevista en el aquí y ahora. Luego, confronta al paciente, haciéndole notar las discrepancias en lo que éste ha dicho u otras posibles incongruencias que indiquen la posible naturaleza defensiva de su conducta. Además, el entrevistador tentativamente interpreta el posible significado de las discrepancias, lo que estimula más al paciente a explorar su conducta y motivaciones. Se le pregunta al paciente cómo ve estas inconsistencias, cómo se siente sobre ellas y qué otra información pudiera clarificar lo que ha estado ocurriendo.

Las respuestas del paciente son de importancia primordial para diferenciar las estructuras neurótica, límite y psicótica. Dada su capacidad intacta

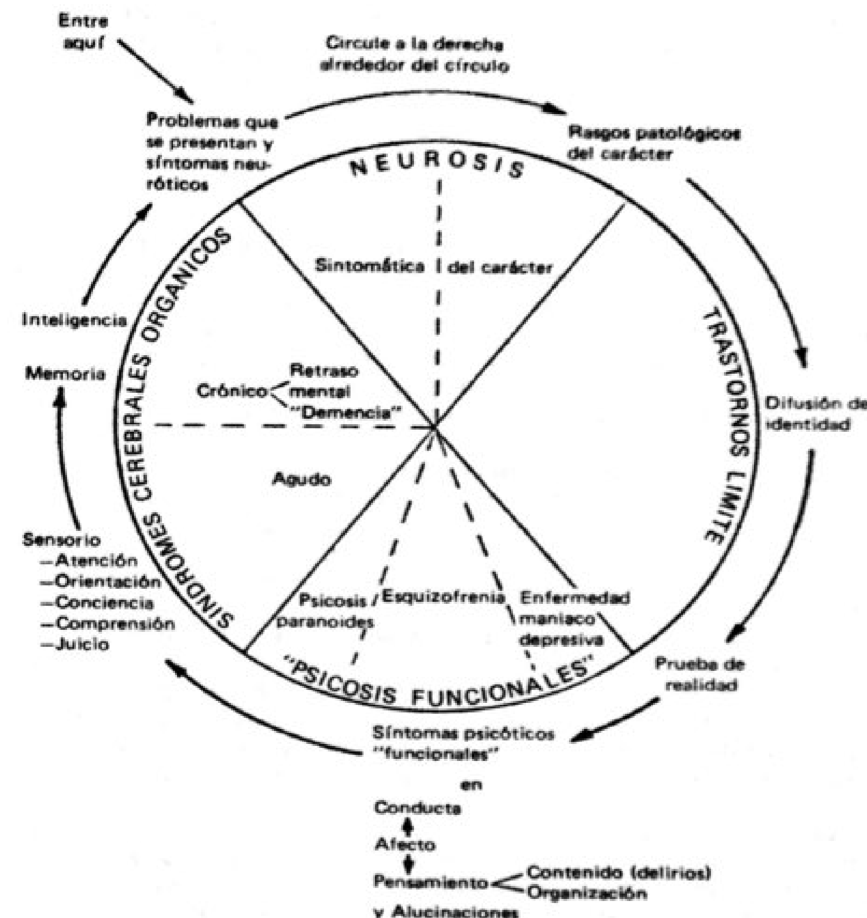


Fig. 2–1. Ciclo de síntomas de anclaje.

para la prueba de realidad, los pacientes límite revelan una reorganización a menudo sorprendente y mejoría en el funcionamiento con estas clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones. Son capaces de empatizar con las "confusiones" del entrevistador, para clarificar y corregir sus propias percepciones y utilizar estas correcciones constructivamente en las fases subsecuentes de la entrevista. Además los pacientes límite demuestran alguna capacidad para la introspección y el "insight" respecto a la base de las incongruencias. Como se señaló los pacientes con estructuras psicóticas carecen de esta habilidad de empatizar con los criterios sociales ordinarios de la realidad, y los intentos por clarificar pueden, por lo tanto, revelar mayores distorsiones en la prueba de realidad. Los pacientes neuróticos, a diferencia de

los casos límite surgen con un concepto integrado de ellos mismos, lo que a su vez, tiende a aumentar la empatía del entrevistador con ciertos aspectos de sus conflictos y su realidad, y con sus conceptos integrados de los otros significantes. Esto último le da a la realidad interpersonal de estos pacientes y a su historia pasada una notoria presencia. En tanto que los pacientes límite quizá aumenten su conducta realista durante la entrevista, simultáneamente quedan claros el vacío, el caos, y la confusión en su situación vital y en sus relaciones objetales.

Con los pacientes que son inarticulados y se comunican mal, deberá traerse información de fuentes diversas a la entrevista que contribuyan al proceso diagnóstico. Tal información puede propiciar inferencias sobre los síntomas de anclaje. Entonces podrá intentarse enfatizar en los síntomas del aquí-y-ahora y la clarificación, confrontación e interpretación. Esta investigación más detallada puede realizarse con algunos de los síntomas de anclaje presentados, hasta que el entrevistador se sienta a gusto con el diagnóstico estructural.

La entrevista diagnóstica estructural, combina entonces, un enfoque psicoanalítico sobre la interacción paciente-entrevistador con una técnica psicoanalítica para interpretar los puntos conflictivos y las operaciones defensivas de la interacción para destacar simultáneamente los síntomas de anclaje clásicos de la psicopatología descriptiva y la estructura subyacente de la personalidad.

Un rasgo importante del modelo propuesto para la entrevista estructural es su naturaleza cíclica. El concepto de los síntomas de anclaje como localizados en un círculo a lo largo de su perímetro hace posible para el entrevistador, al ir de un síntoma cardinal al siguiente, regresar, con el tiempo, al punto de partida y reiniciar un nuevo ciclo de interrogatorio, en profundo contraste con un modelo de interrogatorio, tipo "árbol de decisiones", que tiene un patrón fijo de progresión. "Retomar el ciclo" a lo largo de los síntomas de anclaje permite al entrevistador regresar tan a menudo como sea necesario a los mismos puntos en diversos contextos, volviendo a comprobar descubrimientos preliminares en las etapas posteriores de la entrevista. Como se verá, no se pretende que los síntomas de anclaje se exploren sistemáticamente en forma invariable, uno por uno. Dependiendo de los primeros descubrimientos, se recomiendan diferentes enfoques para este ciclaje del interrogatorio.

LA FASE INICIAL DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Es útil iniciar la entrevista con algunas preguntas (directas o indirectas) presentadas en secuencia, proporcionando así una clara idea de lo que se espera del paciente y sus diversas formas posibles de respuesta. Además, la misma capacidad del paciente para entender una serie de preguntas y contestarlas pone a prueba su funcionamiento sobre varios síntomas de anclaje claves. Una encuesta inicial típica pudiera ser así: "Estoy interesado en oír qué es lo que le trajo aquí, cuál es la naturaleza de sus dificultades o problemas qué espera del tratamiento y en qué punto se encuentra Ud. ahora a este

respecto". Si la entrevista ocurre en el contexto de una consulta de hospital o de una investigación, o si el entrevistador tiene de otras fuentes, información previa sobre el paciente pudiera añadir un comentario explicativo como "He tenido oportunidad de saber algo de sus dificultades, pero estoy muy interesado en conocer de usted directamente cómo ve todo esto", o "me gustaría decirle que aunque tendré oportunidad de saber de sus dificultades por los miembros del personal (o, de la persona que le refirió para consulta, etc.) en este momento no tengo ninguna información suya".

Este inicio permite al paciente hablar de sus síntomas y de las principales razones para venir a tratamiento, así como extenderse sobre la naturaleza de otras dificultades. Permite al entrevistador evaluar indirectamente la conciencia del paciente sobre su enfermedad y la necesidad de tratamiento, y la naturaleza realista o no realista de sus expectativas sobre dicho tratamiento y reacciones a las recomendaciones de tratamiento ya sugeridas.

En respuesta a estas preguntas, los pacientes sin psicopatología psicótica u orgánica pueden hablar libremente sobre síntomas neuróticos y dificultades en los aspectos psicológicos de su vida social, que señalarían rasgos patológicos del carácter; así, indirectamente, dan la primera señal de buena prueba de realidad. La capacidad para recordar estas preguntas, para responder a ellas en una forma coherente, bien integrada, también indica un buen sensorio, buena memoria y probablemente, inteligencia normal o aun alta. Representa, por lo tanto, un primer ciclo automático a lo largo del perímetro completo de los síntomas de anclaje.

En contraste, los pacientes con alteraciones en el sensorio (atención, orientación, conciencia, comprensión o juicio disminuidos) pueden tener dificultades para responder a tales preguntas, y lo mismo es cierto para pacientes con déficit intelectuales o de memoria (particularmente capacidad limitada para la abstracción) —o sea, pacientes con síndromes orgánicos agudos o crónicos del cerebro.

Los pacientes pueden ser también excesivamente concretos, vagos o confusos, o evasivos en sus respuestas a estas preguntas. El entrevistador puede entonces discretamente clarificar la discrepancia entre las preguntas y las respuestas. Ayuda al preguntar si el paciente siente que ha respondido por completo a lo que se le preguntó o si cree que las preguntas no han sido suficientemente claras o son quizá abrumadoras. Si reconoce ahora dificultades para seguir o entender al entrevistador, las preguntas deberán repetirse, frasearse de algún modo diferente, y el entrevistador deberá explorar entonces si el paciente tiene todavía dificultad para entender. Si éste es el caso, debe explorar a continuación cuál es la naturaleza de la dificultad. De este modo, "entrando" a menudo en el ciclo diagnóstico a través de la evaluación de los síntomas, la entrevista puede llevar ahora, rápidamente, a la clarificación, confrontación e interpretación de la dificultad, lo que permite al entrevistador diferenciar la confusión que se origina en la intensa ansiedad y en la malinterpretación psicótica de la situación total, negativismo y alteración del sensorio, o graves déficit de memoria o inteligencia.

El paciente puede responder en formas que tengan poca, o ninguna, relación aparente con la pregunta inicial. Un paciente esquizofrénico gravemente desorganizado, uno con síndrome hipomaniaco, o con una grave

psicopatología del carácter, pueden hacer uso de la encuesta inicial para expresar, por ejemplo, una evasividad paranoide o un perfeccionismo obsesivo al clarificar cada una de las declaraciones del entrevistador. Un paciente masoquista puede comenzar a llorar como si se le presentara una tarea excesivamente pesada. Todas estas respuestas pueden explorarse discretamente, clarificando las preguntas una vez más, en tanto trata de obtenerse más información sobre la naturaleza de la dificultad que las preguntas evocan. De esta forma, las manifestaciones tempranas de pérdida de prueba de realidad, síntomas psicóticos y síntomas orgánicos agudos o crónicos, pueden obtenerse junto con desarrollos prematuros de transferencia característicos de pacientes con grave patología del carácter.

Si un paciente responde primero apropiadamente a las preguntas iniciales, pero luego se pierde en detalles al intentar clarificarlas más, el entrevistador deberá explorar de nuevo en busca de varios complejos de síntomas. ¿Dentro del ámbito de los síntomas neuróticos, está el paciente perdiéndose en detalles a causa de tendencias obsesivas? ¿Es vago y precavido para expresar tendencias paranoides? En cuanto a la pérdida de prueba de realidad y síntomas psicóticos, ¿es evasivo a causa de delirios paranoides subyacentes u otras interpretaciones psicóticas de la presente interacción? ¿Se pierde en detalles a causa de problemas en sus funciones cognoscitivas por alteración en el sensorio o por pérdida crónica de memoria e inteligencia? De nuevo, la clarificación y exploración discretas con el paciente sobre su dificultad para responder (confrontación) y la exploración tentativa de las razones para la dificultad en la comunicación (interpretación) pueden atraer la atención sobre uno u otro de los síntomas principales de anclaje y proporcionar pistas tempranas hacia las características estructurales y descriptivas del paciente.

Si el paciente es capaz de entender y responder plenamente y en forma clara a las preguntas iniciales, y, al mismo tiempo, presentar un cuadro coherente del síntoma principal que lo trajo a consulta y de otros problemas y dificultades, el entrevistador puede entonces plantear preguntas subsidiarias derivadas de la información ya presentada. Por ejemplo, puede preguntar sobre aspectos más precisos de síntomas, la fecha aproximada de su aparición y su desarrollo, y síntomas relativos adicionales; esto puede completar la información que se refiere a los síntomas neuróticos y, al mismo tiempo indicar indirectamente que el paciente tiene un sensorio normal, no tiene déficit de memoria importantes y cuando menos un nivel de funcionamiento de la inteligencia normal. Sin embargo, si en el curso de la descripción del paciente de sus dificultades, se refiere específicamente a la concentración, memoria y a sus funciones cognoscitivas en general, el entrevistador tendría ahora una buena razón para centrarse más en los síntomas de síndromes cerebrales orgánicos agudos y crónicos, pero con una comprensión preliminar de que la prueba de realidad se conserva (y el paciente, por lo tanto, aun si está afectado orgánicamente, no está demente).

Cuando las respuestas del paciente no llevan en una dirección "orgánica" sino transmiten información que indica un nivel de funcionamiento excelente en términos del sensorio, memoria e inteligencia, puede asumirse que se ha obtenido la información más importante relativa a síntomas neuróticos. El foco de la entrevista puede ahora dar un giro a lo largo del perímetro para la investigación de rasgos patológicos del carácter (ver figura 2—1).

La investigación de rasgos patológicos del carácter, fundamental para evaluar no sólo el tipo de patología del carácter o de la personalidad sino también su gravedad (y, en el mismo tenor, la presencia o ausencia de organización límite de la personalidad, con su síntoma de anclaje clave de difusión de identidad) es un foco crucial en la entrevista estructural. La primera pregunta, una vez que se ha llegado a este punto del interrogatorio, puede formularse como sigue: "Me ha dicho usted sobre sus dificultades, y ahora, me gustaría saber más de usted como persona. ¿Podría describirse usted mismo, su personalidad, lo que piensa que es importante que yo sepa, de modo que pueda yo tener un sentimiento real hacia usted como persona?". Esta pregunta representa un nuevo reto, un nivel más profundo de interrogatorio que, bajo circunstancias óptimas, puede llevar a un paciente a una disposición autorreflexiva. Puede entonces describir sentimientos sobre él mismo, sobre las áreas importantes de su vida (estudios o trabajo, familia, vida social, sexo, intereses políticos y culturales, tiempo libre), y en particular, sus relaciones clave con los demás significantes.

Si el paciente puede en forma espontánea presentar tal información sobre él mismo, proporciona así una indicación de buena prueba de realidad. Los pacientes psicóticos con la capacidad para mantener cierta semejanza a una relación apropiada con la realidad, pueden haber llegado a este punto de la entrevista sin mostrar mayores molestias. Para ellos, contestar una pregunta tan abierta satisfactoriamente es, sin embargo, virtualmente imposible ya que esto requiere la capacidad para conservar la empatía con aspectos ordinarios de la realidad social (tal como el interés del entrevistador en la personalidad del paciente). La capacidad del paciente para explorar en profundo su personalidad puede indicar ahora que ha mantenido la prueba de realidad. El entrevistador puede, por lo tanto, descartar la enfermedad psicótica (además de los síndromes cerebrales orgánicos agudos y crónicos previamente descartados) del espectro de posibilidades diagnósticas.

A veces, un paciente tiene gran dificultad para hablar de él mismo en forma tan desestructurada a causa de factores culturales o de personalidad. El entrevistador puede entonces sugerir que el paciente describa sus relaciones con las personas que son más importantes para él y que platique de su vida, estudios o trabajo, familia, vida sexual, realciones sociales, cómo pasa su tiempo libre. Los pacientes con grave patología del carácter, especialmente aquéllos con rasgos gravemente represivos o paranoides, pueden encontrar difícil proporcionar incluso esta información más concreta y circunscrita. Dejar de responder a esta pregunta más directa sería una primera indicación de grave patología del carácter. El entrevistador investigará entonces la difusión de identidad (para el diagnóstico diferencial de la organización límite) e incluso reevaluaría la prueba de realidad.

El procedimiento en este caso sería que el diagnosticador señalara al paciente que éste parece tener dificultades para hablar sobre él mismo como persona. El entrevistador puede entonces preguntar en qué medida cree el paciente que esta dificultad se deba a las circunstancias de la entrevista misma, la aprensión por ser entrevistado en general, o a temores específicos sobre el entrevistador o la situación diagnóstica (explorando así por posibles rasgos paranoides), o si la dificultad refleja un problema general que el pa-

ciente tiene para clarificarse a sí mismo quién es él o cuáles son sus relaciones con el mundo que lo rodea y con los demás (lo que explora posibles rasgos esquizoides). Como respuestas a esta exploración, los pacientes con organización límite pueden presentar operaciones defensivas primitivas, como identificación proyectiva, escisión, disociación primitiva de aspectos contradictorios de la experiencia de sí mismo, negación, grandiosidad, fragmentación de afectos, omnipotencia o devaluación. La entrevista se ha centrado ahora en un segmento específico del perímetro de los síntomas de anclaje, a saber, aquél que se extiende desde rasgos patológicos del carácter a través de difusión de identidad hasta prueba de realidad.

Describí en el capítulo 1, cómo reconocer clínicamente la conservación de la prueba de realidad. Si el afecto o emociones del paciente, su conducta o su contenido del pensamiento en las primeras etapas de la entrevista son claramente inapropiados, indicando la posibilidad de una enfermedad psicótica u orgánica importante, la existencia de delirios o alucinaciones puede explorarse más directamente. (Este aspecto de la entrevista se discute más adelante). Si, a pesar de esto, no ha sido obtenida todavía en la entrevista una fuerte evidencia de psicosis, y la información del paciente no ha dado ninguna razón al entrevistador para pensar que hubiera tenido alucinaciones o delirios en el pasado, o, si las ha tenido, que aún permanecen, el entrevistador puede ahora centrarse en forma más precisa en aquello que parezca más inapropiado, extraño, o atrevido, en el afecto, contenido de pensamiento o conducta del paciente.

Como mencioné, animar al paciente a que hable sobre él mismo libremente, en particular a pacientes con organización límite o síndromes psicóticos que han pasado hasta ahora inadvertidos, puede activar las operaciones defensivas primitivas, y los rasgos interpersonales de estas defensas manifiestas en la interacción inmediata paciente-entrevistador. El diagnosticador puede primero experimentar esta distorsión como una sensación de estrés o tensión; su sentido interno de libertad al interactuar con el paciente disminuye. Puede, con el tiempo, encontrar que una relación objetal regresiva, específica, ha sido activada y sobreimpuesta sobre la apropiada, orientada a la realidad, de la entrevista.

Si, en este punto, el entrevistador, centrándose en el afecto o emociones del paciente, contenido de pensamiento y conducta, comparte con él lo que le parece más desacostumbrado en cualquiera de estos aspectos, y pregunta si éste puede explicar la sensación del entrevistador de que la presentación del paciente tiene un aspecto extraño o desconcertante, la respuesta de este último puede dar luz sobre su prueba de realidad. La prueba de realidad se refleja en la capacidad del paciente para empatizar con la percepción del entrevistador de estas características de la interacción y, en una forma más sutil, en su capacidad para empatizar con la percepción del entrevistador respecto del paciente, en un sentido más amplio.

Por ejemplo, el entrevistador puede decir: "Cuando le pedí que me dijera más de usted misma, primero pareció desconcertada, y luego comenzó a hablar sobre cómo la trata su marido. Un poco después, cuando le pregunté si tenía algún problema para relacionarse con su esposo bajo tales circunstancias y por qué mencionaba usted este ejemplo particular, respondió diciéndome de otros aspectos de la conducta de él. Es como si, cuando le pidiera que hable de usted misma, pareciera obligada a hablar de cómo la trata su esposo. Encuentro esto desconcertante. ¿Puede usted darse cuenta que tengo dificultades con su actitud?" La paciente puede entender lo que desconcierta al entrevistador y explicar por ejemplo, que ella se siente tan abrumada por su esposo que es como si no tuviera derecho a examinar cómo se siente sobre ella misma (indicando así, en esta situación, su prueba de realidad). O ella puede decir en un tono suspicaz y temeroso, que está tratando de señalar que su esposo la trata mal y preguntar si el entrevistador está insinuando que estas dificultades son toda su culpa (haciendo así que broten dudas sobre su prueba de realidad, además de señalar rasgos paranoides).

Si lo último fuera el caso, el entrevistador puede ahora preguntar a la paciente por qué la pregunta de él, sobre si ella podría estar contribuyendo de algún modo a las dificultades con su esposo, le sugieren la insinuación de que las dificultades eran toda su culpa. El sigue así la técnica de realizar ciclos de clarificación, confrontación e interpretación alrededor de un área de molestia en la interacción que puede proporcionar mayor información sobre la personalidad del paciente, clarificando al mismo tiempo su capacidad de prueba de realidad.

Es importante primero clarificar si el paciente tiene una estructura psicótica —o sea, ausencia de prueba de realidad (lo que por definición, indicaría que el paciente no es límite)— antes de investigar la difusión de identidad. El sentido de identidad del paciente diferencia la patología límite del carácter (caracterizada por difusión de identidad) de la patología no límite (donde la integración de la identidad está intacta).

Si, en el curso de explorar las características de personalidad del paciente o los rasgos patológicos del carácter, no surge nunca la cuestión de pérdida de prueba de realidad (o es rápidamente contestada en forma satisfactoria en el sentido de que se mantiene dicha prueba de realidad), la entrevista entonces entra a la fase media, en la que la evaluación de la difusión de identidad (y por lo tanto el diagnóstico diferencial de la organización límite) se convierte en el objetivo principal. Pero si al evaluar la personalidad del paciente, surge claramente que la prueba de realidad se ha perdido, la entrevista entonces se centra en la naturaleza de la psicosis del paciente.

Debiera estar claro para ahora que, aunque la entrevista comience en una forma normal en todos los casos, la naturaleza de las preguntas, la interacción y la calidad toda de la entrevista variará considerablemente según la naturaleza de la psicopatología del paciente. En la entrevista estructural, éste es un efecto deseable, una consecuencia de la conexión sistemática por parte del entrevistador de la información del paciente con la naturaleza de la interacción paciente-diagnosticador.

LA FASE MEDIA DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Organización neurótica de la personalidad

Los pacientes con neurosis sintomáticas y patología no límite del carácter son aquéllos que son capaces de responder en la fase inicial de la entrevista

estructural con un resumen pertinente de lo que los trajo a tratamiento, de cuáles son sus principales dificultades, qué esperan del tratamiento y dónde se encuentran en este punto. Estos son también pacientes que no dan evidencia de conducta, afectos o pensamientos atrevidos, extraños o absurdos. Su capacidad de prueba de realidad permite al entrevistador desechar la posibilidad de enfermedad psicótica, y presentan un sensorio obviamente normal, descartando así, igualmente, síndrome cerebral orgánico. Estos pacientes son capaces, cuando el entrevistador les pide mayor información, de extenderse sobre sus síntomas presentes o sus dificultades en formas que tienen sentido. Entienden claramente no sólo el contenido manifiesto de las preguntas del entrevistador sino también las sutiles implicaciones de éstas.

Una entrevista así, puede parecer al observador desde fuera muy similar a una entrevista psiquiátrica tradicional o normal. Ahora, el área principal donde el entrevistador se centra en el perímetro del círculo de síntomas de anclaje, es la de los rasgos patológicos del carácter. Las preguntas debieran ahora centrarse sobre las dificultades del paciente para las relaciones interpersonales, para adaptarse al entorno, así como sobre sus necesidades psicológicas percibidas internamente.

Cualesquiera pistas que el paciente hubiera dado antes sobre dificultades en cualquiera de estas áreas debieran explorarse ahora, y esta exploración deberá seguirse con una pregunta más general como: "Me gustaría saber ahora más de usted como persona, la forma en que se percibe a sí mismo, la manera en que siente que los demás le perciben, lo que usted piense que podría ayudarme a formar con profundidad una imagen de usted, dentro de este tiempo limitado". Esta pregunta busca mayor información respecto a problemas caracterológicos y conduce a un diagnóstico más específico respecto al tipo predominante de rasgos patológicos del carácter, la constelación patológica, dominante del carácter. Al mismo tiempo, la pregunta también hace posible una evaluación de la difusión de identidad.

Si el paciente ahora transmite información que el entrevistador no puede conjuntar en su mente, particularmente datos contradictorios que no encajan con la imagen interna que el entrevistador está elaborando lo indicado es una exploración discreta de tales contradicciones potenciales o manifiestas. La finalidad del entrevistador es evaluar el grado en el que las representaciones contradictorias del sí mismo están presentes (una indicación de difusión de identidad) o el grado al que el paciente presenta una concepción sólida, bien integrada de sí mismo. Con mucha frecuencia hay áreas periféricas de autoexperiencia que son contradictorias a un área central, bien integrada, de autoexperiencia subjetiva, áreas que el paciente mismo experimenta como ajenas al yo o egodistónicas, no encajando en su, de otro modo, integrada imagen de sí mismo. Estas áreas aisladas pueden ser una fuente importante de conflictos intrapsíquicos o dificultades interpersonales, pero no debieran equipararse a la difusión de identidad. En otras palabras, no esperamos total armonía en los pacientes neuróticos, pero debiera haber una integración subjetiva central del autoconcepto sobre la que, como base, el entrevistador pueda construir una imagen mental del paciente.

La siguiente pregunta se ocupa de los demás significantes en la vida del paciente. Una vez que el entrevistador ha contestado tentativamente en su

propia mente la pregunta que se refiere a la integración del autoconcepto, puede entonces explorar la integración del paciente de los conceptos de los demás significantes. Los pacientes con organización límite y el correspondiente síndrome de difusión de identidad presentan típicamente una incapacidad para integrar las representaciones de los demás significantes con profundidad. Estos pacientes tienen más problema en presentar una imagen dotada de vida de las personas que son importantes para ellos, que de aquellas a quienes conocen sólo casualmente. Una pregunta clave aquí podría ser: "Me gustaría pedirle que me diga algo sobre las personas que son ahora las más importantes en su vida. ¿Podría decirme algo de ellas de modo que, dado nuestro tiempo tan limitado, pudiera yo formarme una clara impresión de ellas?". Ahora puede explorar el grado de integración de representaciones objetales versus la falta de integración y, en este contexto, el grado de patología de la vida interpersonal del paciente. Tanto la integración o difusión de identidad (un criterio estructural seccional transversal) como la naturaleza de las relaciones objetales del paciente (un criterio histórico-estructural-longitudinal) pueden quedar clarificadas en el proceso.

De nuevo, cada vez que surjan contradicciones internas en la narración del paciente, el entrevistador puede clarificar éstas primero, luego discretamente confrontarlo con estas contradicciones evidentes o potenciales y evaluar su capacidad para reflexionar en las observaciones del entrevistador. El entrevistador puede así estudiar la capacidad de introspección del paciente. Finalmente, si surgen puntos conflictivos obvios en la exploración de tales áreas contradictorias —dentro del autoconcepto o el concepto de los demás significantes— a la clarificación y la confrontación puede seguir una interpretación tentativa, sólo en el aquí y ahora, de las implicaciones potencialmente dinámicas o conflictivas de dichos puntos.

En tanto procede esta parte de la entrevista con un paciente neurótico típico, el entrevistador debiera centrarse en los efectos que la exploración está teniendo en la interacción real entre él mismo y el paciente. La exploración de áreas de confusión, contradicciones internas y conflictos potenciales, puede aumentar la ansiedad del paciente al igual que movilizar sus operaciones defensivas predominantes. En forma característica, en el paciente neurótico, estas defensas serán poco importunas, de modo que en la práctica es a menudo muy difícil diagnosticar la existencia de represión, desplazamiento, racionalización o intelectualización, al evaluar la interacción inicial del paciente con el entrevistador. Al principio de la interacción con pacientes neuróticos pueden detectarse sólo formaciones de reacciones y los rasgos inhibidores del carácter que asumen funciones defensivas inmediatamente y rasgos patológicos del carácter en general (los que, por supuesto, siempre asumen funciones defensivas). Las defensas de alto nivel pueden inferirse indirectamente del contenido de lo que se discute pero pocas veces se muestran en forma directa en las primeras entrevistas.

Como se señaló en el caso de pacientes límite la exploración de la difusión de identidad (en la línea de la disociación del autoconcepto y de los conceptos de los demás significantes) activa típicamente operaciones defensivas primitivas que surgen más bien en la interacción con el diagnosticador que en el contenido de las comunicaciones verbales. En tanto más se trans-

forme, altere o distorsione la interacción inmediata entre paciente y diagnosticador por dichos procesos defensivos, más probable es que predominen las operaciones defensivas primitivas. Así queda confirmado un criterio estructural significativo para el diagnóstico de la organización límite de la personalidad.

En el caso de pacientes que no muestran ninguna indicación de difusión de identidad o de operaciones defensivas primitivas, pueden entonces explorarse áreas dominantes de conflicto, inhibiciones emocionales o desarrollo sintomático, al punto en que se toquen los límites de darse cuenta consciente o preconsciente –en otras palabras, hasta los límites de sus barreras represivas. En estos casos, el diagnosticador puede formular hipótesis dinámicas respecto a los conflictos intrapsíquicos inconscientes. A menudo las hipótesis se refuerzan por la continuidad natural entre las experiencias actuales del paciente y su recuerdo de experiencias pasadas, pero estas hipótesis dinámicas deben permanecer altamente especulativas. Mientras más sano el paciente, más fácil para el diagnosticador en las primeras entrevistas hacer hipótesis sobre conexiones entre el pasado consciente y el presente, pero, paradójicamente, más difícil es para el paciente eslabonar presente y pasado porque estos lazos están reprimidos.

Con la organización neurótica de la personalidad, la exploración cuidadosa de los síntomas que se presentan, de la personalidad total y de los aspectos interaccionales de la entrevista que se enriquecen o complementan con otra información, prácticamente coincide con una elaboración sistemática de una historia. En estos casos, la información reunida al hacer la entrevista estructural es por lo general mucho más completa, más rica y más inmediatamente relevante para consideraciones del tratamiento, que el enfoque normal. La información relevante que se refiere al pasado del paciente sigue normalmente de la investigación de su personalidad actual. En todos los casos con estructura neurótica, después de completar la información relativa a la enfermedad actual, es útil obtener una breve historia del pasado. En el contexto de tal acopio de datos, es a menudo posible eslabonar, tentativamente, descubrimientos que se refieren a la personalidad del paciente con información sobre su pasado; una unión que pretende, no probar las hipótesis dinámicas sino los límites de entendimiento e integración espontáneas del paciente sobre su pasado y presente.

Organización límite de la personalidad

Ya he subrayado el grado al que los pacientes con organización límite por lo general contaminan la información sobre el pasado con las dificultades actuales de la personalidad. Esta contaminación es aún más extrema en el caso de enfermedad psicótica funcional. Una exploración cuidadosa de la vida actual del paciente límite con particular énfasis en el síndrome de difusión de identidad –y, en este contexto, la naturaleza de sus relaciones objetales– por lo general prueba ser una rica fuente de datos para clarificar el tipo y gravedad de su patología del carácter. Esta información deberá complementarse con una investigación exhaustiva de síntomas neuróticos manifiestos en la actualidad. En estos casos es preferible explorar el pasado

sólo muy generalmente, y no intentar clarificar, confrontar o interpretar la caracterización del paciente de sus experiencias pasadas; más bien, la información sobre el pasado debe registrarse como se presenta.

Los pacientes con organización límite de la personalidad típicamente presentan difusión de identidad, pero las personalidades narcisistas presentan una complicación importante a este respecto. La personalidad narcisista por lo general tiene un autoconcepto integrado, pero éste es patológico y grandioso. Sin embargo, presenta con claridad una falta de integración del concepto de los demás significantes –facilitando así el diagnóstico de la difusión de identidad y la predominancia de operaciones defensivas primitivas, particularmente omnipotencia y devaluación.

Las características estructurales de la personalidad narcisista surgen con más lentitud en la entrevista estructural que las de la patología límite no narcisista. Por lo general, es en la fase media de la entrevista, con un paciente que claramente presenta buena prueba de realidad y ninguna evidencia inicial de falta de integración del autoconcepto, donde surge en forma gradual una superficialidad extraña o falta de disponibilidad de descripciones en profundo de los demás significantes, junto con una sutil pero totalizadora expresión de autoengrandecimiento, y a menudo, una sutil o no tan sutil, actitud derogatoria o despectiva hacia el entrevistador. A veces, en las personalidades narcisistas con mejor funcionamiento, el diagnóstico surge primero en las descripciones que estos pacientes hacen de sus relaciones con otros, más que en las interacciones con el entrevistador en sí.

En contraste, en la patología límite no narcisista, la encuesta inicial relativa a los motivos de los pacientes para la consulta y sus expectativas del tratamiento, puede traer de inmediato un caudal de información caótica, al parecer impensada, sobre ellos mismos, sus expectativas no realistas del tratamiento e ideas, conductas o emociones, extrañas e inapropiadas en relación con el entrevistador, lo que requiere una evaluación de la prueba de realidad de dichos pacientes. Por ejemplo, una paciente puede comenzar a llorar al exponer sus razones para venir a consulta, y cuando el diagnosticador explore con ella lo que la hace llorar (particularmente la posibilidad de una depresión aguda o grave), la respuesta inmediata puede ser que llora porque sabe que nadie va a hacer caso de lo que ella diga, y que todo el mundo, incluso este psiquiatra, estarán de acuerdo con su madre con quien ella tiene graves conflictos. En contraste, llorar como manifestación de una vulnerabilidad emocional en una estructura esencialmente neurótica (por ejemplo, en una personalidad histérica) puede desaparecer con facilidad bajo la exploración. La paciente reconocerá su rápido cambio de ánimo y la naturaleza inapropiada de su emoción y mantendrá una empatía inmediata, espontánea con la realidad de la presente interacción social.

Cada vez que la interacción emocional inmediata de la sesión se intensifica profundamente en la fase inicial de la entrevista estructural (por la expresión de la conducta, afecto o pensamientos que afectan fuertemente esta interacción), se indica una exploración de estas manifestaciones en el aquí-y-ahora, después de haber completado la exploración de las respuestas del paciente a la encuesta inicial. Ahora hay que tomar una decisión delica-

da: donde la gravedad de las molestias interpersonales del paciente en la interacción inmediata hace surgir en la mente del entrevistador la cuestión de si la prueba de realidad se conserva, se requiere una exploración inmediata de estas molestias. Bajo estas circunstancias, la clarificación y confrontación en el aquí-y-ahora de estas molestias interaccionales pueden clarificar la existencia de la prueba de realidad y asegurar al entrevistador que no está en presencia de una estructura psicótica. Puede entonces volver a la exploración de la patología del carácter del paciente en términos de otros aspectos de su vida, y al mismo tiempo centrarse más en las operaciones defensivas primitivas manifestadas en la entrevista.

Pero cuando no se está cuestionando la prueba de realidad puede haber una ventaja en hacer seguir a la primera encuesta un segundo grupo de preguntas investigando más la vida actual del paciente y sus relaciones con los demás. El propósito aquí, es buscar la confirmación de indicaciones de difusión de identidad en la información del paciente sobre él mismo y su vida social. Sólo después regresaría el entrevistador a las manifestaciones de operaciones defensivas primitivas y relaciones objetales patológicas en el aquí-y-ahora. La pregunta clave es: "Lo que usted me ha dicho sobre su vida me hace pensar en algo que he observado aquí, en esta hora, y me recuerda de estas dificultades que usted mencionó. ¿Pudiera ser que (tal y tal conducta aquí) sea un reflejo, en su relación conmigo, de lo que usted ha dicho que le causa problemas con otras personas?".

Para decirlo un poco diferente, desde el punto de vista de la estrategia de explorar varias síntomas de anclaje, si un paciente con indicaciones obvias de patología del carácter revela tales molestias en el afecto, contenido del pensamiento o conducta, de manera que se cuestione su prueba de realidad, se dará prioridad a la exploración de estos puntos más que a una mayor exploración de los rasgos patológicos de su carácter fuera de la situación diagnóstica presente. Si a pesar de esto, se asegura primero la prueba de realidad, hay una ventaja en obtener antes mayor información sobre los rasgos patológicos del carácter y en reunir más evidencia sobre las dificultades en la vida del paciente fuera de esta situación concreta. El objetivo es reunir información relativa a la difusión de identidad y a las operaciones defensivas primitivas en un área relativamente neutral, primero, y sólo entonces, ligar esta información con la exploración de las implicaciones emocionales de estas manifestaciones caracterológicas en el momento.

El tema de difusión de identidad puede, entonces, generalmente clarificarse y, en algún grado, diagnosticarse las operaciones defensivas primitivas. A veces, sin embargo, en pacientes cuya prueba de realidad al principio parece apropiada, se acumulan en forma gradual otras evidencias que se refieren a su falta de tacto, falta de propiedad social, inmadurez general y arbitrariedad de juicio, y así por el estilo, las cuales pueden requerir una segunda exploración de la prueba de realidad. El entrevistador debe evaluar el grado en el que estos pacientes son capaces de conservar la empatía con los criterios sociales de la realidad, haciéndoles preguntas sobre sus descripciones de las relaciones con otras personas y explorando la naturaleza socialmente inapropiada de algo en la conducta que quizá estén describiendo en una forma convincente.

En el paciente límite típico, los síntomas neuróticos tienden a fundirse con dificultades caóticas difusas y generalizadas, que reflejan un grave malfuncionamiento de la personalidad. Cuando hay falta de integración de la identidad, a menudo es difícil o imposible obtener un panorama comprensivo de la vida del paciente. En el mismo tenor, las historias pasadas de tales pacientes son por lo general no confiables, altamente distorsionadas a la luz de la psicopatología actual. En otras palabras, mientras más grave la patología del carácter, menos confiable —y menos relevante de inmediato— es la historia pasada. Aquí, por lo tanto, en contraste con pacientes con estructura neurótica, es difícil o imposible ligar los conflictos actuales predominantes con material del pasado psicodinámicamente significativo, y el intento por hacerlo es, así, un procedimiento altamente cuestionable. En forma paradójica, sin embargo, los conflictos intrapsíquicos mutamente disociados pueden hacer aparición muy rápido en el contenido manifiesto de las comunicaciones del paciente límite. Los conflictos clave pueden, entonces, estar más directamente asequibles en las entrevistas iniciales con pacientes límite que con pacientes neuróticos, en tanto que los lazos dinámicos con su pasado permanecen obscuros. Por igual, la investigación de la personalidad actual de pacientes con organización neurótica lleva naturalmente a información sobre su pasado. En contraste, la información inicial sobre el pasado obtenida con pacientes con organización límite a menudo no es más que una expansión retrospectiva de conflictos actuales con los demás significantes.

En pacientes con organización límite, particularmente aquéllos con estructura narcisista (ya sea que su funcionamiento expreso sea límite o no), es muy importante evaluar la conducta antisocial. Los rasgos antisociales, junto con la calidad de las relaciones objetales, son variables de pronóstico cruciales para la psicoterapia intensiva en personalidades límite y deberán explorarse siempre antes de que se inicie el tratamiento. En especial en pacientes con personalidad narcisista, es útil explorar en forma discreta si el paciente ha tenido dificultades con la ley y a qué grado estas conductas antisociales como robar, hurtar en tiendas, mentiras crónicas y conducta desordenadamente cruel, son antecedentes significativos. En la práctica, esta encuesta deberá integrarse con información relevante que el paciente presente en otras áreas. Cuando las preguntas son hechas en forma directa y natural, en el contexto de información relacionada obtenida del paciente, las respuestas son a menudo sorprendentemente directas y abiertas. (Naturalmente, el paciente que admite que miente en forma crónica o que "cuenta cuentos", sólo está lanzando una advertencia de que quizá pronto se vea tentado a hacer lo mismo con el terapeuta).

Organización psicótica de la personalidad

La presencia o ausencia de difusión de identidad diferencia la patología del carácter límite del no límite en las entrevistas estructurales. La presencia o ausencia de prueba de realidad diferencia la organización límite de las estructuras psicóticas.

Me refiero aquí a pacientes con enfermedad psicótica "funcional" en contraste con desarrollos psicóticos secundarios a un síndrome cerebral or-

gánico crónico o agudo. Este grupo incluye el espectro total de la enfermedad esquizofrénica, trastornos afectivos importantes y psicosis paranoides que no encajan en los otros dos síndromes psicóticos principales. Todos estos pacientes presentan pérdida de prueba de realidad. En un caso típico de enfermedad psicótica, la respuesta del paciente a la encuesta inicial puede ya indicar ausencia de prueba de realidad y, más aún, una incapacidad tal para responder en forma inteligible a las preguntas del entrevistador, que tiene que evaluarse el espectro total de la enfermedad psicótica y del síndrome cerebral orgánico, agudo.

En el caso extremo de un paciente que sea totalmente no responsivo a la encuesta inicial, el entrevistador deberá primero tratar de explorar con él si ha escuchado y entendido las preguntas. Si el paciente ha podido entrar caminando y en forma obvia se da cuenta y está alerta del entorno inmediato, este mutismo es probable que indique una enfermedad psicótica funcional más que un síndrome cerebral orgánico. Sin embargo, es útil para el entrevistador proceder por todo el perímetro del ciclo de síntomas de anclaje. Explorar el sensorio, luego la memoria e inteligencia, antes de volver a tomar el ciclo para mayor atención sobre la prueba de realidad y síntomas psicóticos importantes en la conducta, emociones, contenido y organización del pensamiento y alucinaciones.

La atención sobre el sensorio puede realizarse comprobando primero la atención del paciente: "¿Le hice unas preguntas y usted no ha respondido, pudo escuchar y entender lo que yo pregunté?". Si el paciente continúa sin responder, es útil averiguar si puede indicar que sí oye, entiende y está de acuerdo o en desacuerdo con algunas de las preguntas hechas, con un movimiento de la cabeza o por medio de cualquier otra señal. Bajo circunstancias tan extremas, es importante clarificar si entiende y está tratando de comunicarse, aun cuando quizá no pueda hablar.

Una falta de respuesta a esta conducta exploratoria por lo general indica negativismo como parte de un síndrome catatónico o de enfermedad esquizofrénica en general o un retardo psicomotor grave en grados extremos de enfermedad depresiva. A veces, en el paciente no responsivo, la comprobación directa de rasgos catatónicos, particularmente negativismo, puede traer a luz una conducta directamente opuesta a las instrucciones dadas, flexibilidad cérea, postura estereotipada o ambas, o conducta que da señales de enfermedad esquizofrénica. En otros casos, sólo una exploración completa a la historia de la enfermedad actual, obtenida de otras fuentes, proporcionaría información más definida. Los pacientes orgánicos cuyo grado de conciencia es suficiente para estar alertas a su entorno, son por lo general capaces de responder a preguntas simples que completarían la exploración del sensorio, como orientación del paciente, grado de conciencia, comprensión y juicio de la situación inmediata. (Porque estas áreas se cubren ampliamente en las guías para el examen estándar del estado mental, no las ilustro con más preguntas concretas).

Si, en el curso de la encuesta inicial, resulta que el sensorio del paciente está claro, uno puede entonces explorar si la falta de respuesta o la respuesta confusa al grupo inicial de preguntas se debió a pérdida de la memoria o falta de inteligencia —o sea, una incapacidad para entender con claridad lo que fue

preguntado o a retener las preguntas lo suficiente en tanto se preparaba una respuesta. De nuevo, sin entrar en un análisis detallado de la pérdida de funciones cognoscitivas que caracterizaría un síndrome cerebral orgánico quisiera subrayar el punto general de que, cuando un paciente demuestra incapacidad grave para responder al grupo inicial de preguntas, los síntomas de anclaje que reflejan anormalidades en el sensorio, memoria e inteligencia deberán explorarse antes de volver al examen de los síntomas de anclaje principales de la psicosis funcional.

Si es evidente que el paciente muestra una perturbación grave en la conducta verbal o no verbal, pero no hay alteración del sensorio, memoria o inteligencia, entonces el entrevistador deberá retornar al grupo inicial de preguntas respecto a qué es lo que trae al paciente a tratamiento, la naturaleza de sus dificultades, qué espera del tratamiento y en que punto se encuentra ahora. Si la respuesta a este segundo ciclo de interrogatorio es todavía inapropiada, confusa y desconcertante, o acompañada de emociones o conducta que parecen inapropiados, el entrevistador deberá ahora centrarse en estas emociones, conducta y contenido de pensamiento patológicos, compatir con tacto sus observaciones con el paciente, y explorar en detalle el grado en el que el paciente puede empatizar con la experiencia del diagnosticador sobre las respuestas del paciente como extrañas o desconcertantes.

Si es claro que la prueba de realidad se ha perdido respecto a cualquier aspecto de la conducta, afecto/emoción o contenido del pensamiento del paciente durante la entrevista, deberá considerarse el diagnóstico de una psicosis funcional, y el diagnosticador puede entonces cambiar a un enfoque diferente hacia las manifestaciones alteradas del paciente, intentando explorar con él los significados posibles de estas manifestaciones en términos de la experiencia subjetiva actual del paciente. En otras palabras, una vez que la pérdida de la prueba de realidad se ha confirmado, hay una ventaja en abandonar en forma temporal un enfoque confrontador y en seguir la experiencia interna del paciente correspondiente a sus manifestaciones de conducta. Más exploración de las experiencias subjetivas del paciente puede llevar a un entendimiento de las conexiones entre su afecto, pensamiento y conducta, y abrir el camino para un diagnóstico diferencial. ¿Está sufriendo el paciente una enfermedad esquizofrénica (con desorganización de estos eslabones) o una enfermedad afectiva (en la que una organización interna liga el afecto, conducta y pensamiento inapropiados, de modo que se mantenga un grado de armonía interna entre estas funciones psíquicas dentro de una organización altamente patológica de ellas mismas)? La evaluación de experiencias alucinatorias puede ahora enriquecer el diagnóstico de pérdida de prueba de realidad formulado antes con base en los procesos interaccionales. La confirmación de alucinaciones indica, por definición, pérdida de la prueba de realidad. De manera similar, el diagnóstico de delirios también confirma pérdida de prueba de realidad y por lo general da mayores pistas sobre la naturaleza de la enfermedad psicótica.

Un principio general de la entrevista estructural con pacientes psicóticos es que, una vez que la clarificación y la confrontación discretas confirman la pérdida de la prueba de realidad, los procesos de pensamiento del paciente, la distorsión de la realidad y la experiencia interna ya no se desafían. Por el

contrario, debiera ahora hacerse un esfuerzo por empatizar al máximo con la realidad interna del paciente para profundizar el entendimiento del proceso psicótico mismo. Por el estilo, en las fases media y de terminación de la entrevista estructural de pacientes psicóticos, el diagnosticador puede en forma implícita ajustar sus intervenciones a las distorsiones graves en la interacción con el paciente, ayudándolo a lograr una fase de terminación de la entrevista no amenazante o reductora de ansiedad.

En el caso de algunos pacientes psicóticos, con quienes la comunicación inicial es mucho más apropiada y libre, donde sólo la exploración de lo que inicialmente apareció como grave patología del carácter lleva al entrevistador a evaluar la prueba de realidad y en forma eventual a la decisión de que ésta se perdió, la entrevista puede lucir mucho más parecida a la del paciente límite típico. De hecho, los pacientes con verdaderas alucinaciones y delirios a veces presentan inicialmente sus delirios o alucinaciones, respectivamente, como ideas o ilusiones (o seudoalucinaciones) sobrevaluadas (y hasta obsesivas). Bajo estas condiciones, puede ser útil explorar a qué grado el paciente está tratando de mantener una evaluación "razonable" o "normal" de su pensamiento o de sus percepciones sensoriales porque él teme que de otro modo podría considerársele "loco".

Por ejemplo, una pregunta ilustrativa podría ser: "Me ha dicho usted que a veces siente que es Jesucristo, pero que, por supuesto, usted se da cuenta de que en realidad no lo es. ¿Podría ser que, muy en el fondo, usted está realmente convencido de que es Jesucristo pero teme que esta convicción se interprete como 'loca' por mí o por los demás?". En otras palabras, cuando los fenómenos delirantes o alucinatorios están potencialmente presentes, la prueba de realidad debería incluir una confrontación, no sólo con la realidad externa sino también con la psicótica, en una forma no amenazante.

Cuando la exploración de la conducta, afecto o contenido del pensamiento, inapropiados, no clarifica la prueba de realidad, y cuando no hay indicación clara de alucinaciones o delirios, puede utilizarse una técnica más avanzada y compleja –a saber, la interpretación en el aquí y ahora de las operaciones defensivas primitivas del paciente. Como sugerí (capítulo 1), la interpretación de las operaciones defensivas primitivas en el aquí y ahora aumenta la prueba de realidad en pacientes con organización límite, pero la disminuye en pacientes psicóticos.

Por ejemplo, una intervención típica interpretando una identificación proyectiva podría ser: "Noto que usted ha estado hablando conmigo en una forma muy cautelosa y con miedo, como si temiera algún peligro relacionado conmigo. También que ha estado frunciendo el ceño con algunas de mis preguntas (por ejemplo. . .). ¿Pudiera ser que teme que yo podría pensar mal de usted o atacarle en alguna forma, porque tiene miedo de algunas tendencias similares en usted mismo, tales como sentirse crítico o enojado hacia mí?".

La interpretación de las operaciones defensivas primitivas es difícil. El diagnosticador debe desarrollar una hipótesis sobre la naturaleza de las relaciones objetales primitivas, fantásticas, disociadas que se activan. También desarrollar una hipótesis sobre la función defensiva de esa operación defensiva primitiva. Luego, debe compartir su hipótesis con el paciente.

A veces, puede haber cambios notables hacia la mejoría o empeoramiento de la interacción inmediata, después de una hipótesis interpretativa tal. Otras veces, la respuesta es incierta. Los pacientes con enfermedad psicótica paranoide que han preservado suficiente conciencia de la realidad para esconder sus pensamientos o temores reales, pueden simplemente mostrar evasividad aumentada después de tales intervenciones exploratorias. Algunos de los más difíciles retos para la entrevista estructural (así como para todos los enfoques diagnósticos) se presentan por pacientes paranoides en quienes el diagnóstico diferencial entre personalidad paranoide y psicosis paranoide no es claro. Pueden requerirse entrevistas diagnósticas repetidas para alcanzar una conclusión más definida.

En el caso de pacientes con enfermedad psicótica activa, particularmente esquizofrenia y enfermedad maniaco-depresiva, el enfásis principal de la entrevista estructural debiera ser sobre la naturaleza de los síntomas que se presentan, con el objeto de diferenciar las psicosis importantes y los subtipos dentro de ellas. En estos casos y en pacientes con síndrome cerebral orgánico y pérdida de la prueba de realidad, la investigación sistemática de la historia de la enfermedad actual, así como la historia pasada, por lo general requiere alimentación de otras fuentes, y no forma parte de la entrevista estructural en sí.

Síndromes cerebrales orgánicos, agudo y crónico

Como se mencionó, la incapacidad de un paciente para responder apropiadamente al grupo inicial de preguntas puede indicar una alteración del sensorio (típico de un síndrome cerebral orgánico agudo) o un grave déficit de memoria e inteligencia (típico de un síndrome cerebral orgánico crónico). Cuando el paciente está al parecer consciente y, no obstante, no responsivo a la encuesta inicial o, aunque responda a ella, revela grave desorganización en su respuesta, reacción mínima o inadecuada, o una actitud general de confusión o perplejidad, lo indicado es hacer un recorrido del ciclo de los problemas que se presentan a la evaluación del sensorio, memoria e inteligencia.

La evaluación del sensorio, incluyendo la atención espontánea e inducida del cliente, su orientación, grado de conciencia, comprensión y juicio, puede clarificar si existe un estado de confusión característico de un síndrome cerebral orgánico agudo o si este estado de confusión representa una psicosis funcional aguda, particularmente esquizofrenia aguda (un trastorno esquizofreniforme en el DSM-III). La evaluación discreta del darse cuenta del paciente respecto de sus dificultades para entender las preguntas del entrevistador o la situación total de la entrevista, puede en forma gradual producir evidencia de desorientación, disminución de conciencia y dificultad difusa para entender conceptos –lo es típico de un síndrome cerebral orgánico agudo. En contraste, las respuestas altamente idiosincráticas, en las que coexisten la perplejidad y confusión con formulaciones extrañas pero organizadas, son más características de la esquizofrenia. Una serie de preguntas directas que se ocupan de clarificar y confrontar las dificultades que el paciente experimenta para comunicar o explorar sus capacidades para la introspección, pueden contribuir al diagnóstico diferencial de estados de confusión orgánicos y esquizofrénicos.

Con pacientes cuya dificultad para entender y responder a la encuesta inicial parece reflejar en mayor grado un déficit en la memoria y en el entendimiento intelectual, ventilar en forma abierta estas dificultades puede facilitar una evaluación sistemática de las funciones de memoria e inteligencia (particularmente la abstracción). Por ejemplo, el entrevistador podría comentar: "Tengo la impresión, por su reacción, que está usted luchando con problemas de concentración o de memoria. ¿Puedo hacerle algunas preguntas para clarificar si, en verdad, tiene usted alguna dificultad con su memoria?" Esta pregunta puede iniciar la transición hacia una evaluación sistemática más estándar de la memoria e inteligencia.

Si, y cuando, los déficit de memoria e inteligencia se confirman, el entrevistador puede en forma tentativa explorar con el paciente el grado al que se da cuenta de, o se preocupa por, sus dificultades para recordar o formular su pensamiento claramente y lo inquietante que es esto para él. Si el paciente es incapaz de entender sus dificultades obvias o las niega con vehemencia una confrontación discreta puede comprobar las discrepancias entre lo que el diagnosticador observa y la reacción del paciente. Si esta confrontación aumenta la negación, puede asumirse pérdida de la prueba de realidad respecto a tales déficit orgánicos, y el entrevistador puede confirmar un diagnóstico tentativo de demencia (o sea, un síndrome cerebral orgánico crónico con pérdida secundaria de la prueba de realidad).

En un caso menos grave de síndrome cerebral orgánico crónico, el paciente puede presentar alguna conciencia de sus dificultades y reconocerlas. Sin embargo, puede haber una falta de ansiedad o depresión apropiadas por esta pérdida, lo que también puede indicar cambios en la personalidad y pérdida de prueba de realidad que corresponden a la demencia. Bajo estas condiciones, antes de explorar las discrepancias entre los déficit de memoria e intelectuales del paciente, por un lado, y su estado afectivo, por el otro, ayudará explorar si ha experimentado dificultades en relación con los estudios, trabajo, otras personas y su vida social en general. La investigación de los síntomas de síndrome cerebral orgánico crónico es así ampliada, vía el "reciclaje" a través de la evaluación de síntomas neuróticos y rasgos patológicos del carácter en la vida social del paciente.

De esta manera, la entrevista estructural puede contribuir al diagnóstico diferencial de estados de confusión (orgánico vs. esquizofrénico) y a la evaluación de la gravedad del deterioro de la personalidad y pérdida de la prueba de realidad en el síndrome cerebral orgánico crónico —o sea, la evaluación de demencia.

Por lo general, cuando el entrevistador ve que el paciente tiene gran dificultad para responder a la encuesta inicial o parece muy ansioso, deprimido o confundido, él debería compartir sus impresiones con el paciente. Más todavía, preguntar si estas impresiones corresponden con los sentimientos del paciente sobre él mismo, y si parte de su aprensión o temor puede relacionarse con la entrevista misma. De hecho, este enfoque sobre la expresión de intenso temor y aprensión debería aplicarse a los pacientes a lo largo del espectro total de la psicopatología. Los casos psicóticos y orgánicos y los pacientes con graves rasgos paranoides de personalidad y fuertes grados de inhibición social (timidez, vergüenza y otros parecidos) pueden aparecer intensamente ansiosos en la entrevista, en especial en la fase temprana. Por otro lado, la encuesta inicial con sus propiedades estructuradoras, puede tener un efecto tranquilizante y alentador sobre los pacientes no orgánicos, no psicóticos, al modificar sus fantasías no realistas sobre la entrevista misma. Por lo tanto, la persistencia de ansiedad intensa después de la encuesta inicial, usualmente indica psicopatología grave de algún tipo.

LA FASE DE TERMINACION DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL

Una vez completada la exploración de síntomas neuróticos y rasgos patológicos del carácter, operaciones defensivas predominantes, difusión de identidad, prueba de realidad y los principales síntomas de anclaje psicóticos u orgánicos, el entrevistador deberá ahora reconocer ante el paciente que él ha completado su tarea. Deberá invitar entonces al paciente a darle información relativa a los puntos adicionales que éste considere importantes o que piense que el entrevistador debe conocer. Una pregunta muy útil sugerida por el Dr. Robert Michels (comunicación personal, 1981), es "¿Qué piensa usted que yo debería haberle preguntado y no lo he hecho todavía?". Esta pregunta puede a veces llevar a información nueva de importancia o a mayores reflexiones sobre áreas ya exploradas. También da oportunidad para que el paciente exprese las ansiedades activadas durante la entrevista, las que ahora pueden ser exploradas más aún y ser disminuidas al introducir consideraciones sobre la realidad.

Es importante dejar suficiente tiempo al final, no sólo para que el paciente haga preguntas sino también para que el entrevistador responda a ellas y manejar la ansiedad inesperada y otras complicaciones. El entrevistador puede decidir que se requieren más entrevistas antes de llegar a un diagnóstico definitivo, que tal vez ambos participantes necesitarán más tiempo para pensar antes de discutir recomendaciones para el tratamiento o quizá que una disposición para tratamiento puede completarse ahora. En todo caso, el proceso de toma de decisión deberá compartirse con el paciente. El entrevistador puede decirle que ya ha conocido bastante de él como para hacer una recomendación o que siente que le gustaría continuar el proceso diagnóstico; en ambos casos, el entrevistador quizá desee obtener información pertinente de otras fuentes.

La terminación de la entrevista estructural es una oportunidad crucial para evaluar la motivación del paciente para continuar el proceso diagnóstico, el tratamiento o ambos, el manejo de peligros graves diagnosticados que requieren acción urgente (por ejemplo, riesgo agudo de suicidio en pacientes gravemente deprimidos), y el grado al que el paciente puede tolerar y responder en forma positiva a las declaraciones respecto a sus problemas según los percibe el entrevistador. Toda consulta deberá implicar la posibilidad para el diagnosticador de ampliarla con varias entrevistas adicionales si fuera necesario. La presunción mágica del paciente, de que todas las conclusiones diagnósticas pueden hacerse en una o dos entrevistas, deberá explorarse en forma realista si fuera necesario. La mayoría de los pacientes por lo general apre-

cian cuando un psiquiatra reconoce honestamente que, aunque se ha enterado de mucho, todavía no sabe lo suficiente para decidir cuáles, si hay alguna, son las necesidades del tratamiento.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ADICIONALES SOBRE LA ACTITUD DEL ENTREVISTADOR

La entrevista estructural requiere de tiempo, incluyendo tiempo para sentir la experiencia y para pensar en tanto la entrevista se desarrolla. Por lo tanto, recomiendo que se reserve cuando menos hora y media para una entrevista inicial. En nuestro proyecto de investigación del diagnóstico límite (Kernberg y cols., 1981), después de mucho experimentar, decidimos dos periodos de 45 minutos, separados por una pausa de 10 a 15. En mi práctica privada a menudo aparto las dos últimas horas de tratamiento del día, para la entrevista inicial de un nuevo paciente.

El que diagnostica deberá sentirse cómodo, relativamente en "su mejor forma", en el sentido de no ser perturbado por consideraciones extrañas, y capaz de permanecer emocionalmente alerta y receptivo, sin embargo, esto muy en el fondo, en tanto que toda su atención se centra sobre el paciente. A pesar de (o a causa de) su actitud no entrometida, el entrevistador puede aparecer inicialmente al paciente como una persona "ideal"; puede despertar fuertes tendencias hacia la idealización o dependencia en los pacientes con una capacidad para la confianza básica, sin tomar en cuenta las ansiedades y dificultades que los trajeran a tratamiento. En pacientes con graves perturbaciones en sus relaciones objetales e incapacidad para la confianza básica, disposición paranoide o intensa envidia inconsciente, la calma misma, la receptividad y "despreocupación" del diagnosticador pueden evocar sospecha, resentimiento, temor o desprecio.

En todo caso se establece rápidamente una doble relación entre el paciente y el entrevistador: una, realista, socialmente apropiada, de paciente y terapeuta, y otra, subyacente, más o menos sutil, que refleja las disposiciones predominantes de transferencia del paciente y las correspondientes disposiciones potenciales de contratrasferencia del diagnosticador. Las últimas activan conjuntamente una relación objetal "fantástica", conflictiva (en el sentido de una fantasía y de su naturaleza no realista). Las expresiones tempranas de disposiciones conscientes o inconscientes, eróticas, agresivas, afectivas de dependencia o ambas, por parte del cliente crean no sólo una conciencia cognoscitiva de ellas en el diagnosticador, sino también disposiciones afectivas concordantes o complementarias en éste (Racker, 1968).

El diagnosticador se enfrenta a la tarea simultánea de (a) explorar el mundo interior subjetivo del paciente, (b) observar la conducta e interacciones del paciente con él, y (c) utilizar sus propias reacciones afectivas hacia el paciente para clarificar la naturaleza de la relación objetal subyacente, activada. Esta relación objetal subyacente es el material básico que deberá permitir al entrevistador formular interpretaciones tentativas en el aquí y ahora de las operaciones defensivas del paciente, si tales operaciones se hacen evidentes, dominantes y requieren exploración.

Desde una perspectiva diferente, el diagnosticador también elabora en su propia mente un modelo de la imagen del paciente sobre él mismo, la representación de su sí mismo. Al mismo tiempo, explora el grado en el que las comunicaciones del paciente en realidad se prestan a elaborar dicho modelo. El diagnosticador también hace el intento por elaborar en su mente un modelo de los demás significantes con quienes el paciente está interactuando en su vida, y hace la misma petición: si es posible obtener una representación integrada de ellos. Aquí, por supuesto, el diagnosticador está evaluando la integración de la identidad vs. la difusión de identidad.

Desde otra perspectiva aún diferente, el diagnosticador está evaluando lo que aparece como más inapropiado en el afecto, contenido de pensamiento o conducta del paciente, preparándose a sí mismo a explorar sus percepciones con él en una forma honesta pero llena de tacto, evaluando, en este contexto, la capacidad del paciente para empatizar con la experiencia del diagnosticador —lo que reflejará, en un nivel, la capacidad del paciente para la introspección o el "insight" y, en un nivel diferente, la capacidad del paciente para la prueba de realidad.

Desempeñar todas estas tareas es difícil; requiere conocimiento de, y experiencia en, el examen estándar del estado mental, experiencia psicoterapéutica en trabajo interpretativo de desarrollo de transferencia y experiencia clínica con un amplio espectro de pacientes psiquiátricos. Es, sin embargo, una técnica que puede ser enseñada y adquirida por los residentes psiquiátricos talentosos de tercer año, y desarrollarla con la experiencia y práctica personal. La entrevista estructural representa lo que pudiera llamarse una "segunda generación" de la previa "entrevista dinámica", que reflejaba el impacto de un marco de referencia psicoanalítico en la entrevista diagnóstica de la psiquiatría descriptiva.*

* Para las implicaciones de la investigación de la entrevista diagnóstica vease Carr y cols. (1979), Bauer y cols. (1980) y Kernberg y cols. (1981).

3

Diagnóstico diferencial en la adolescencia

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS GENERALES

En la literatura más antigua sobre perturbaciones de la identidad en la adolescencia, las crisis de identidad y la difusión de identidad no estaban claramente diferenciadas. Por lo tanto, todavía puede encontrarse vigente la pregunta de si todos los adolescentes podrían presentar algún grado de difusión de identidad y de ahí ser indistinguibles de la organización posterior de la personalidad límite. Creo que uno puede diferenciar la patología de carácter límite y no límite con bastante facilidad, utilizando el enfoque estructural de diagnóstico. Las características descriptivas y psicodinámicas de la patología grave del carácter y los trastornos límite en la adolescencia se han revisado por Geleerd (1958), Masterson (1967, 1972), Paz (1976), Michael Stone (1980), y Paulina Kernberg (1982).

Al aplicar criterios estructurales a la evaluación inicial de pacientes adolescentes, el clínico se enfrenta con varios rasgos que complican. Primero, la gravedad relativa de los afectos desorganizadores de las neurosis sintomáticas en la adolescencia, ansiedad y depresión típicamente graves, pueden afectar el funcionamiento total del adolescente en el hogar, la escuela y con sus compañeros, a un grado que puede parecerse al colapso social más grave típico de los trastornos límite.

Segundo, es la tendencia del adolescente hacia crisis de identidad, caracterizadas por un cambio rápido de identificaciones con esta o aquella ideología, o este o aquel grupo social, de modo que lo que parece un cambio radical en la personalidad pueda aparecer en el curso de algunos meses. Estas alteraciones repentinas en la identificación originan la cuestión de si está presente.el mucho más grave síndrome de difusión de identidad.

Tercero, los conflictos con los padres, hermanos, autoridades escolares o ambos, pueden malinterpretarse. Estos conflictos pueden reflejar necesidades neuróticas de dependencia y rebelión, a patología grave en el área de

las relaciones objetales y una manifestación del síndrome de difusión de identidad. De hecho, los conflictos neuróticos no límite con los padres y figuras de autoridad pueden intensificar y activar el potencial para las operaciones defensivas primitivas en un paciente esencialmente no límite de modo que lo que aparece como control omnipotente, identificación proyectiva y devaluación, puede hacerse manifiesto en ciertas relaciones objetales de algunos pacientes no límite.

Cuarto, la conducta antisocial en el adolescente puede ser expresión de una adaptación "normal" o neurótica a un grupo cultural antisocial (y, así, ser relativamente no maligna) o reflejar patología grave del carácter y organización de personalidad límite tras la máscara de una adaptación a un grupo antisocial. Por consiguiente, la etiqueta con frecuencia mal usada de "reacción de adaptación en la adolescencia" no es tanto un diagnóstico sino una señal de alarma que indica la necesidad de evaluar a fondo la estructura de personalidad de un adolescente en conflictos sociales.

Quinto, las reacciones narcisistas normales, neuróticas e infantiles, tan frecuentes en la adolescencia pueden ocultar una estructura de personalidad narcisista grave, en especial cuando no hay rasgos antisociales, para inmediatamente poner alerta al diagnosticador para la evaluación de patología narcisista, además de la antisocial. La patología narcisista puede presentarse, no como conflictos típicos sobre el control omnipotente, la grandiosidad y la devaluación, sino más bien como una oscilación extraña entre un desempeño escolar excelente y un desconcertante fracaso en tareas competitivas.

Sexto, el surgimiento normal de tendencia sexuales perversas múltiples en la adolescencia puede imitar la condensación de rasgos genitales y pregenitales (con predominancias de conflictos agresivos) típica de la organización límite. Como dije la naturaleza de los conflictos inconscientes predominantes no es un buen criterio diagnóstico.

Finalmente, los trastornos psicóticos de desarrollo más lento, como la enfermedad esquizofrénica crónica, pueden hacerse pasar por trastornos límite por la predominancia de patología grave de las relaciones objetales, retraimiento social y grave patología del carácter en general. También, aunque las alucinaciones son, más bien, fácilmente diagnosticables, la formación perniciosa de delirios puede al principio malinterpretarse como, por ejemplo, tendencias hipocondriacas o preocupación excesiva por la apariencia física.

En los que sigue, intentaré ilustrar estas dificultades para el diagnóstico diferencial de la patología límite en la adolescencia, así como la aplicación de los criterios diagnósticos generales mencionados.

ILUSTRACIONES CLINICAS

A.: Una estudiante de preparatoria, de 18 años, me fue referida con un presunto diagnóstico de organización límite y depresión neurótica grave. A. había estado fallando en su trabajo escolar, aislándose socialmente, oscilado entre periodos depresivos y de retraimiento, y otros de vehementes discu-

siones con amigos y con su familia. Tuvo aventuras homosexuales y heterosexuales, y el médico que la refirió la encontró reservada y distante. El síntoma predominante era el grave colapso de su vida social en la escuela y fracaso en los estudios a pesar de su inteligencia brillante.

En la exploración de sus dificultades, resultó que **A.** había tenido siempre inhibiciones sexuales, manifestadas con grave culpa por cualquier actividad sexual, y fantasías en la masturbación de ser humillada, golpeada y esclavizada por hombres sádicos, poderosos. Aunque se había enamorado de varios hombres, siempre se había sentido asqueada por el intercambio sexual con ellos. Temerosa de otras mujeres con quienes ella sentía que no podía competir, intentó establecer relaciones de sumisión con mujeres dominantes. Había tenido algunas relaciones sexuales con amigas sin experimentar mucho placer sexual. En la secundaria siempre sintio que trabajar bien y estudiar duro le permitirían encontrar su propia identidad profesional sin tener que involucrarse en relaciones de sexo con los hombres o tener que competir con otras mujeres a causa de ellos. En la preparatoria, sintió que todos los caminos hacia la intimidad sexual estaban cerrados para ella, y su creciente desaliento por su incapacidad para vencer estas dificultades, combinado con sentimientos de culpa en aumento por participar en actividades sexuales "prohibidas", disparó la depresión que se intensificó al punto de interferir gravemente con sus estudios.

A. pudo transmitir descripciones diferenciadas y vívidas de las personas más significantes con quienes había estado involucrada y de sus relaciones con ellas. Tenía un concepto integrado de ella misma, a pesar —o a causa— de rasgos represivos graves, y presentaba características más bien típicas de una estructura de personalidad predominantemente histérico/masoquista. Mostraba un claro compromiso con los valores e ideales, un interés auténtico y definido en ciertas áreas políticas y culturales, y sorprendentemente buen funcionamiento en situaciones interpersonales en las que las diferencias importantes de edad hacían las relaciones potencialmente sexualizadas menos presionantes. Habiendo trabajado como voluntaria en una organización social donde ella era, con mucho, la participante más joven, pudo funcionar excelentemente por varios meses mientras vivía "como una monja". En este caso, un concepto integrado del sí mismo y de los demás indicaba que no había difusión de identidad; la vida sexual al parecer caótica correspondía a una inhibición sexual subyacente respecto a los hombres, y una sumisión, determinada por la culpa, hacia las mujeres poderosas. **A.** pudo establecer relaciones objetales profundas en áreas no "contaminadas" por conflictos sexuales, y dio evidencia de un superyó estricto y sádico en exceso, pero definitivamente integrado. El diagnóstico final fue de personalidad histérica con rasgos masoquistas, frigidez y depresión neurótica grave. La depresión mejoró con una terapia a corto plazo psicoanalíticamente orientada, y ella pudo funcionar mucho mejor en su escuela y en su vida social. Más tarde, se le refirió para psicoanálisis para tratar sus problemas de carácter subyacentes, más profundos.

B.: Una estudiante de secundaria, de 15 años, fue referida a consulta a causa de un cambio dramático reciente en su personalidad. **B.** había estado unida a su familia, era tímida con los demás y trabajaba duro en la escuela.

Repentinamente, según sus padres, había adoptado una vestimenta "hippie" muy acentuada, se había enredado en una relación amorosa tormentosa y al parecer de sumisión, con un muchacho varios años mayor, y participaba en un "ambiente de drogas" con un subgrupo social de jóvenes rebeldes y extravagantes. El ambiente tranquilo del hogar había sido ocupado por discusiones constantes y recriminación mutua, y los padres estaban molestos por el surgimiento de mentiras frecuentes y lo que ellos veían como una conducta manipuladora y misteriosa —implícitamente deshonesta, que ellos nunca antes habían observado en su hija. La joven había sido vista por un psicoterapeuta quien recomendó a los padres ser más flexibles y tolerantes en su actividad hacia su hija. Por razones que no eran claras, se desarrollaron fuertes tensiones entre el psicoterapeuta y los padres, con la paciente en el papel de observador "inocente".

Aunque el médico que la refería se preguntaba si ésta era una paciente con organización límite, clínicamente **B.** me impresionó como intelectual y emocionalmente más madura de lo que se esperaría a su edad. Después de explorar su desconfianza inicial y temor de mí, el que me viera como un "agente" de sus padres, pude transmitirle mi actitud de neutralidad respecto de su estilo de vida, ideología y relación con su novio. Ella entonces se abrió, descubriendo lo que me pareció ser una profunda y significativa relación con el muchacho —un enamoramiento romántico, normal y una relación sexual satisfactoria con él. **B.** se estaba, en verdad, "rebelando" contra lo que ella veía como los valores excesivamente convencionales de su casa, pero al mismo tiempo parecía estar haciendo planes realistas para su propia carrera y futuro. Estaba al día en su trabajo escolar, era aceptablemente responsable en diversas tareas y compromisos sociales, y en forma abierta reconocía que gozaba fumando "mota" en ocasiones y por ser parte de un grupo de "protesta", pero no parecía ser una adicta. Ni tampoco había abandonado sus intereses de siempre en la cultura y el arte, o sus relaciones cercanas con algunos viejos amigos. Tenía una forma integrada de presentarse a sí misma, un concepto diferenciado de los demás significantes, una respuesta pensada y emocionalmente abierta a mis preguntas sobre los conflictos con sus padres y a la relación con su psicoterapeuta.

Mi principal preocupación era el cambio repentino en su apariencia y actitud totales, y traté este punto con ella durante nueve sesiones. En el curso de estas reuniones, el cambio pareció menos patológico de lo que parecía al principio, parecía reflejar un esfuerzo esencialmente normal por separarse de lazos familiares que ella había experimentado como demasiado cercanos y abrumadores. Yo concluí que **B.** era una adolescente relativamente normal. Las reuniones por separado y juntos, con la paciente y sus padres reconfirmaron la recomendación de su psicoterapeuta de que los padres respetaran el distanciamiento de ella y su desarrollo de una vida social que no se conformaba a los estándares suyos. Estos padres fueron de hecho insólitamente comprensivos y flexibles. Un seguimiento de un año indico que las dificultades con los padres habían disminuido en forma notable y la relación con el novio había terminado seis meses después de la primera consulta; estaba saliendo con otro muchacho, y continuaba su trabajo y su vida social normalmente.

C.: Un estudiante de 19 años, fue referido por lo que al médico que lo envío aparecía como grandiosidad casi psicótica, autoconcentración y patología grave de las relaciones objetales. Este joven había tenido desde hacía mucho, un interés en la historia y el arte, y había estado escribiendo ensayos que intentaban integrar enfoques muy divergentes de ciertos problemas de la crítica de arte e historia. Si bien el médico que lo refirió, no podía evaluar la calidad real de este trabajo, estaba impresionado por la gran inteligencia del paciente pero también preocupado por el tono grandioso que él utilizaba para transmitir su información y su actitud autocongratulatoria, algo infantil. C. también por lo general menospreciaba a la mayoría de las personas relativamente cercanas a él. Su mundo de relaciones objetales parecía consistir en muy pocos modelos, altamente idealizados, por un lado y gran número de "mediocres" devaluados (incluyendo a sus padres, otros familiares, y la mayoría de sus maestros, amigos y conocidos) por el otro. Había veces en que su médico se preguntaba si estaba frente a un genio, un paciente psicótico o una combinación de ambos.

La razón inmediata para la consulta había sido la aprensión creciente de C. por su incapacidad para establecer una relación satisfactoria con una muchacha. Las mujeres a las que admiraba parecían inalcanzables o fuertemente rechazantes hacia él, y el paciente era muy tímido e inhibido con ellas; no fue capaz de dar mucha información sobre cómo su actitud interna afectaba sus relaciones con estas jóvenes. Al mismo tiempo, aquellas que habían mostrado interés por él y con quienes había desarrollado algún tipo de relación, pronto las despreciaba y escapaba temeroso, no fuera que ejercieran demandas sobre él. Había tenido aventuras sexuales ocasionales con amigas y más bien insatisfactorias; impotencia ocasional y algunas idealizaciones rápidamente cambiantes de mujeres inaccesibles.

En general, C. experimentaba un sentido de gran soledad, que provenía de su enérgica separación de sus compañeros (porque él los consideraba menos) y de su patrón de relaciones con las mujeres. En la escuela, su desempeño era irregular; se hizo de un nombre a causa de su conocimiento sobresaliente en ciertas áreas y al mismo tiempo (por razones que no le eran claras) tenía notas bajas en otras materias y experimentaba un abierto rechazo de algunos maestros e instructores, que se volvieron sus duros críticos.

Es necesario subrayar que la combinación de timidez e inhibición con la actitud "valentona" con la que expresaba su superioridad intelectual, sus dificultades con las muchachas y su estado de humor fuertemente cambiante, podrían haber hecho pensar que no era un adolescente tan atípico. Su entrega a los valores intelectuales y culturales, su trabajo fuerte en ciertas áreas, su creatividad en su propio campo, sugería que tenía la capacidad de sublimación del superyó. Tenía buen control de impulsos y tolerancia a la ansiedad y excepto por una impotencia ocasional leve, no tenía síntomas neuróticos.

En una evaluación amplia, lo que más me impresionó fue la incapacidad de C. para describir en forma adecuada la naturaleza de sus dificultades con las jóvenes y las razones por las que ciertos maestros y compañeros lo rechazaban. A pesar de su inteligencia no pudo transmitir una imagen de sus padres, de los maestros a los que admiraba o de las dos o tres jóvenes con quienes estaba involucrado en ese momento. En resumen, la calidad de sus relaciones objetales parecía notablemente pobre, había una definida indicación de una notoria escisión y una falta de integración de las representaciones objetales.

En contraste, su autoimagen y autoconcepto parecían consistentes e integrados, reflejando un sí mismo grandioso patológico. Transmitió en forma adecuada su entendimiento de la contradicción entre su concepto de sí mismo como una especie de genio, un importante contribuyente, aún no reconocido, a la cultura contemporánea en determinada área, por un lado, y por el otro, sus sentimientos de incertidumbre e inseguridad respecto a las jóvenes y a las situaciones sociales. Explicó que tenía necesidad emocional de otras personas y que sin ellas estaba condenado a sentirse solo. Por cuanto él necesitaba de las otras personas y se preocupaba por su incapacidad para establecer relaciones con ellas, se sentía inseguro. Para esto quería el tratamiento: sentirse seguro y reafirmado en sus relaciones con las mujeres, de modo que esta área de "limitación" a su autosatisfacción se redujera substancialmente y él pudiera dedicarse sin distracción a proseguir escribiendo.

La prueba de realidad se mantenía, y era capaz de evaluar en forma realista las manifestaciones de su sentido de superioridad en las entrevistas diagnósticas. Rápidamente terminó por percibirme como un psiquiatra amigable pero algo confuso, no muy brillante, más bien poco atractivo y de aspecto no muy masculino, y envejeciendo. Porque había sido yo muy bien recomendado a él, estaba dispuesto a "darme una oportunidad" pero le preocupaba seriamente si podría ser ayudado en sus dificultades con las mujeres por un hombre que no parecía ser él mismo muy atractivo para ellas.

Este caso ilustra una patología superficial que imita ciertos rasgos leves de la adolescencia y una grave patología del carácter, subyacente: a saber, una personalidad narcisista funcionando mejor que en un nivel límite expreso.

C. fue referido a psicoanálisis, y un seguimiento después de dos años indicó que pudo continuar su tratamiento hasta ese punto y que había establecido una constelación típica de resistencias narcisistas en la transferencia. En ese tiempo, ningún cambio importante había ocurrido todavía en sus dificultades con las mujeres, aunque su conciencia de que él contribuía a las dificultades en su trabajo, particularmente con sus maestros y superiores, había aumentado en forma gradual.

He descrito hasta aquí casos en los que el funcionamiento superficial indicaba la posibilidad de una organización límite, pero tuvo que considerarse seriamente la de un diagnóstico de organización neurótica —y aún de normalidad. Los siguientes casos ilustran el extremo opuesto del espectro, a saber, casos en los que el diagnóstico diferencial estaba entre una organización límite y una psicótica.

D.: La enfermedad manifiesta de una joven artista comenzó a la edad de 17 años, cuando acababa de entrar a la preparatoria. En ese tiempo, se preocupaba más y más por los pensamientos sexuales bizarros que interferían con su capacidad para concentrarse, un sentimiento creciente de extrañeza y una necesidad desesperada por permanecer cerca de su madre en todo momento. D. comenzó en secreto a cortarse la piel, se apartó socialmente, permanecía

en su cuarto la mayor parte del tiempo, se sentía cada vez más deprimida e hizo varios intentos de suicidio al cortarse. El diagnóstico inicial (en otra parte) de depresión grave (presumiblemente depresión psicótica) fue seguido por un tratamiento de electrochoque; después de alguna mejoría temporal todos los síntomas volvieron. La hospitalización de corto plazo en algunos centros para tratamiento y un tratamiento estándar psicofarmacológico con tranquilizantes y antidepresivos no trajo ninguna mejoría definitiva. Finalmente, un tratamiento a largo plazo en el hospital, en el curso del cual surgió la cuestión de si **D.** presentaba una enfermedad esquizofrénica crónica o una organización límite de personalidad. La mayoría de los psiquiatras que la atendieron hicieron un diagnóstico de enfermedad esquizofrénica.

En una evaluación diagnóstica que duró varias semanas, encontré los siguientes rasgos: Ella sospechaba profundamente de las motivaciones de su familia y de todas las personas que la rodeaban en el hospital. No dio indicación clara de pensamiento delirante, pero sí una orientación paranoide general. Su habla era vaga y circunstancial, con prolongados silencios y bloqueos, y yo me preguntaba si presentaba una desorganización formal de procesos del pensamiento. Una evaluación cuidadosa no reveló alucinaciones ni delirios. Sus descripciones de sí misma y de los demás significantes eran vagas, caóticas y contradictorias. Su afecto fluctuaba entre periodos de confusión y aturdimiento, momentos de depresión y otros de sutil aturdimiento.

Cuando confronté a **D.** con sus actitudes suspicaces, de extraño retraimiento hacia mí, mostró una sorprendente conciencia de su propia conducta y de cómo estaba influyendo en la relación terapeuta-paciente. La interpretación de los mecanismos proyectivos predominantes (por ejemplo, sus temores de que yo no estaría interesado en ella, o que sería un crítico duro, cuando era ella la que estaba indirectamente dando evidencia de estas mismas tendencias) aumentó su conciencia de la situación inmediata de la realidad y fuertemente redujo la vaguedad de sus comunicaciones. En breve la ausencia de alucinaciones y delirios, su capacidad para empatizar con criterios sociales ordinarios respecto a la interacción inmediata paciente-terapeuta, y una respuesta integrada con mejoría temporal de las funciones del yo hacia la interpretación de operaciones defensivas primitivas en la transferencia inicial, todo esto, reconfirmó una sólida conservación de la prueba de realidad.

Formulé un diagnóstico de organización límite con rasgos esquizoides, masoquistas y paranoides predominantes. Recomendé psicoterapia intensiva psicoanalíticamente orientada y discontinuar todos los medicamentos; también sugerí que el inicio de la psicoterapia se realizara en un entorno hospitalario estructurado hasta el momento en que ella pudiera controlar su conducta automutilante y suicida.

Esta recomendación fue cumplida; **D.** permaneció en el hospital otros seis meses y luego continuó en psicoterapia externa de cuatro sesiones a la semana por cuatro años. Un seguimiento después de tres años de este tratamiento reveló un sentimiento de autonomía en crecimiento; una capacidad en aumento para el estudio y el trabajo (al grado de que había completado su educación y ahora desarrollaba su carrera como artista); el inicio de relaciones heterosexuales normales con hombres apropiados, la capacidad de salirse de su casa y lograr un sentido de autonomía interna, y desaparición

completa de las tendencias automutilantes y suicidas. Este caso ilustra la función crucial de la evaluación de prueba de realidad en el diagnóstico diferencial de los trastornos límite y de los psicóticos –particularmente esquizofrénicos.

E.: Era una muchacha de 18 años, con una historia de varios episodios de depresión grave un deterioro gradual en la escuela los últimos dos o tres años; discusiones fuertes y crónicas con sus padres y retraimiento social en aumento. **E.** presentó inhibición sexual con los muchachos y una tendencia a gravitar hacia aquéllos que eran rebeldes y retraídos socialmente, conservando la amistad con algunas personas de estas características durante varios años. Fue hospitalizada por la preocupación de sus padres de que su depresión pudiera de nuevo agravarse y se volviera suicida.

En el hospital era altanera, controladora, suspicaz y manipuladora. Insistía en que no le pasaba nada psicológicamente; su único problema, decía, era un dolor crónico en sus brazos, que presumiblemente se había desarrollado en forma gradual a causa de la dificultad para dormir que había experimentado durante la larga depresión anterior. Pensaba que sus problemas eran de origen emocional y eran causa de la depresión –y ésta, del insomnio pero que el dolor en los brazos era una consecuencia orgánica por no dormir. Insistía en que nada le ayudaría, excepto el tipo adecuado de medicación, para lo que estaba dispuesta a luchar tanto como fuera necesario.

El síntoma de dolor en los brazos gradualmente se evidenció como un eje organizador principal de sus intercambios interpersonales. Reaccionó en forma violenta a las confrontaciones de su conducta manipuladora, y sus tendencias a disociar a pacientes y personal por igual en sus tratos en el pabellón del hospital aumentaron con las confrontaciones. A causa de la combinación de operaciones defensivas primitivas claramente predominantes –en particular negación, escisión y tendencias proyectivas– y de su falta de un autoconcepto integrado y un concepto sobre los demás, diferenciado, se pensó inicialmente que presentaba una organización límite de personalidad.

En mis entrevistas diagnósticas yo sentía que la prueba de realidad se mantenía en cuanto a su empatía con las observaciones externas sobre su conducta inmediata y a que ella no mostraba mayor desintegración bajo el efecto de la interpretación de las operaciones defensivas primitivas. Sin embargo, sentí que nunca podría ir más allá de su negación de todas las dificultades psicológicas y que la orientación hipocondriaca respecto al dolor de sus brazos no podría reducirse mediante la prueba de realidad ordinaria. Por lo tanto, permanecía la cuestión de a qué grado éste era un delirio hipocondriaco crónico, probablemente indicando –en una paciente que en ese momento no presentó ninguna otra manifestación de depresión grave– la posibilidad de una enfermedad esquizofrénica (o esquizoafectiva).

Se recomendó hospitalización a largo plazo y un enfoque expresivo exploratorio para clarificar más este diagnóstico diferencial. Bajo el efecto de este enfoque del tratamiento, la conducta de **E.** en forma gradual comenzó a desorganizarse más; con el tiempo se hicieron manifiestas alucinaciones bien claras y otros delirios hipocondriacos y paranoides; el diagnóstico final fue de enfermedad esquizofrénica crónica.

Este caso ilustra las dificultades diagnósticas con pacientes que presentan una sintomatología delirante monosintomática crónica, y señala de nuevo la importancia crucial de la prueba de realidad como parte del estudio diagnóstico. Tanto los pacientes límite como los esquizofrénicos presentan difusión de identidad grave y clara predominancia de operaciones defensivas primitivas. Es la presencia o ausencia de prueba de realidad en un sentido estricto, lo que permite la diferenciación diagnóstica. La incrustación de un delirio crónico aislado en una constelación de lo que parece ser una rebeldía adolescente más o menos grave puede obscurecer la organización psicótica subyacente.

PATOLOGIA NARCISISTA EN LA ADOLESCENCIA

Debiera decirse desde el principio que probablemente sólo son los tipos más graves de personalidad narcisista los que llegan a nosotros para tratamiento en la adolescencia. Muchas de las personalidades narcisistas con un mejor funcionamiento vienen a consulta sólo mucho más adelante en su vida, en conexión con otros síntomas o cuando el principio del proceso de envejecimiento amenaza las defensas narcisistas. Algunos adolescentes con personalidad narcisista también consultan por otros síntomas –fracaso en la escuela, por ejemplo, depresión o desviación sexual– pero por lo general estas dificultades tienen que ser más o menos graves para hacer venir a un paciente adolescente con personalidad narcisista ante un psiquiatra. Por lo tanto, el diagnóstico de patología narcisista en la adolescencia usualmente indica que la patología es grave.

En otra parte (capítulo 11) describo un continuo de gravedad de los rasgos de personalidad narcisista. Aquí me limitaré a describir algunos rasgos característicos de pacientes adolescentes con personalidad narcisista propia. Estos rasgos son primero, un récord escolar contradictorio, con ambición y esfuerzos motivantes, por una parte y un fracaso casi inexplicable y retraimiento de otras actividades, por la otra. La explicación yace en la necesidad de los adolescentes de ser los mejores o de devaluar aquellas áreas en las que no pueden triunfar o en las que la meta se lograría sólo con un esfuerzo persistente. Este patrón a menudo se esconde tras una depresión sintomática relacionada con el fracaso en la escuela. Sólo una evaluación cuidadosa revela los rasgos narcisistas predominantes de esa depresión (sentimientos de fracaso y vergüenza por no haber triunfado) y de la devaluación de lo que no llega fácilmente o no trae recompensa inmediata. La dificultad para aceptar ser un "principiante" es característica –aunque no exclusiva– de los pacientes narcisistas.

Otro rasgo frecuente de adolescentes narcisistas es lo que pudiera llamarse un hedonismo "inocentemente" encantador, una búsqueda de placer y gozo que a menudo acompaña a una naturaleza accesible, superficialmente amigable, un tipo de actitud de "playboy" adolescente que pudiera ser muy atrayente. Tal actitud, combinada con talento y una gran inteligencia, puede ocultar la dificultad que estos adolescentes tienen para comprometerse con cualquier objetivo en la vida o con relaciones profundas. La calidez superficial y la simpatía social revelan, con mayor exploración, la probreza típica de las relaciones objetales y la ausencia de intereses de largo alcance en sistemas de valores y metas distintas al autoengrandecimiento.

Los patrones de conducta sexual de los adolescentes narcisistas pueden incluir sentimientos de inferioridad (preocupación por un "pene pequeño") e inhibición sexual hacia el otro sexo, combinados con promiscuidad sexual. La diferenciación respecto a tipos más normales de promiscuidad sexual adolescente requiere un estudio profundo de la naturaleza de cada una de las relaciones sexuales en las que participan, su capacidad para el enamoramiento romántico y para una experiencia diferenciada respecto de su pareja sexual.

La combinación de control omnipotente, grandiosidad y devaluación, con violenta rebeldía contra los padres, requiere diferenciación de la perturbación emocional adolescente más normal. Un paciente adolescente normal o neurótico –en contraste con el límite y narcisista– puede también presentar violentos conflictos con los padres y una tendencia a criticarlos y devaluarlos amargamente, pero esto es en general mitigado por la capacidad de valorar otros aspectos de los padres. Más aún, el paciente neurótico tendría otras relaciones que no se afectan por esta tendencia autoafirmativa y devaluadora. Los pacientes límite no presentan una división entre la devaluación total de los demás y unos cuantos modelos muy idealizados, y muestran una concepción diferenciada y más integrada de cuando menos algunos objetos. Como he señalado en otra parte (1975), la diferenciación de casos límite y narcisistas de sus contrapartes normal y neurótico depende de la capacidad del paciente adolescente no límite para sentir culpa y preocupación, establecer relaciones duraderas, no explotadoras, con amigos, maestros o con los demás, y para valorar en forma realista a estas personas con profundidad. El no límite tiene un conjunto de valores en constante expansión y profundización, lo que puede conformarse o estar en oposición a la cultura del entorno.

Con una patología familiar grave (frecuente en todos los trastornos límite y personalidades narcisistas) es difícil desenredar la contribución del adolescente de las de los padres y hermanos. En esta conexión, el uso diagnóstico de investigación en la familia en los casos difíciles, y la observación de patrones de transferencia inicial en la situación individual del tratamiento psicoterapéutico, se complementan entre sí y pueden ser una contribución muy importante al diagnóstico. El diagnóstico diferencial de conducta antisocial en estos casos es un aspecto fundamental de la evaluación diagnóstica de pacientes adolescentes narcisistas.

Varias combinaciones de los rasgos narcisistas mencionados pueden constituir un tipo de patología narcisista adolescente más "adaptativa" y, paradójicamente, más maligna. Un paciente de 17 años de edad, hijo de un poderoso político, combatía el estilo tradicional, imperativo, de su padre con rabietas crónicas en su casa pero se identificaba con lo que él veía como actitud autoritaria de su padre, usando la influencia de éste en el pueblo en que vivían. Intentaba aterrorizar a los maestros en la escuela, a los vendedores y a otros adultos, invocando el poder de su padre para tomar revancha si, y cuando, sus propias demandas no fueran cumplidas. Al mismo tiempo,

haciendo uso de la opulencia de sus antecedentes, racionalizaba su búsqueda de placer y su estilo de vida con el placer como centro, en una forma superficial pero inteligente como su identificación particular con el "antisistema". Para el diagnosticador, este tipo de paciente hace surgir la cuestión de a qué grado él presenta una adaptación relativamente no maligna a un entorno social excepcional, a qué grado los factores ambientales están protegiendo la estructura subyacente de personalidad narcisista más profunda.

Porque la patología narcisista del carácter por lo general se refuerza en algún punto por algunos rasgos narcisistas "adaptativos" dentro de la familia, el problema de desenredar la patología del paciente de la familia a menudo presenta dificultad. Una vez más, una atención cuidadosa sobre la calidad de las relaciones objetales del paciente y de la integración de su superyó, junto con una evaluación individual y familiar, por lo general da la respuesta.

Antes de ofrecer algunas ilustraciones clínicas de estos temas diagnósticos, deberá subrayarse que la verdadera patología narcisista por lo general se origina en la temprana infancia y no es una consecuencia de la estructura y dinámica familiar observables al presente. Por lo tanto, la presunción de que la terapia familiar sola puede resolver la verdadera patología narcisista del adolescente parece ser altamente cuestionable. Aun en el caso de pacientes con patología familiar más grave, la organización límite verdadera no depende de la patología inmediata de la familia y requerirá tratamiento individual a largo plazo. Al mismo tiempo, muchos casos no pueden enfocarse exclusiva o inicialmente con tratamiento individual porque la psicopatología del adolescente está protegida con éxito por la psicopatología de la familia y por la confabulación consciente o inconsciente de ésta para mantener al paciente bajo su control.

Por ejemplo, un paciente de 19 años, con personalidad narcisista y rasgos antisociales, insistía en que vendría a tratamiento sólo si sus padres le compraban un carro. Su padre estaba dispuesto a hacerlo yo expresé mi preocupación sobre este acuerdo, ya que representaba una continuación de intentos crónicos de parte de los padres para comprar al paciente. Con el tiempo, se hizo claro que, sin una explotación mayor a su familia, el paciente no iba a aceptar la recomendación para tratamiento conmigo ni los arreglos en que yo había insistido como condiciones para que éste comenzara. Hice frente a la familia con las alternativas de consultar a alguien que estuviera dispuesto a tomar a su hijo en tratamiento bajo distintos arreglos o restringir nuestros futuros contactos a verlos sólo a ellos sin su hijo para ayudarlos a enfrentarse mejor a su muy difícil situación. En este caso, una relación de apoyo de dos años con la familia, les permitió finalmente el control omnipotente que su hijo ejercía sobre ellos en el pasado, exponerlo a las consecuencias directas de su conducta antisocial, y, así, indirectamente llevar a casa, a él, la necesidad de su tratamiento.

He aquí unas cuantas ilustraciones de la condensación de patología narcisista en la adolescencia, con patología familiar. Una joven de 17 años que había disparado y herido seriamente a su novio durante una pelea, tenía un padre que poseía un temperamento violento. Solía decir orgullosamente que aun si pasara lo peor de lo peor, el podía triunfar en sus negocios con sólo azotar el puño sobre la mesa. Sus esfuerzos por intimidar a los psiquiatras y a las instituciones de tratamiento si no cumplían sus deseos de proteger a su hija de la ley, eran quizá más amenazantes que el uso impulsivo por parte de ella de la pistola.

Otra joven de 17 años, que se había dedicado a la prostitución de medio tiempo, se confabuló con su madre para discontinuar el tratamiento. Prometió a su madre que se "portaría bien" hasta salir del hospital –y del control del equipo de tratamiento– de modo que la madre pudiera presionar a todo mundo para que soltaran a su hija y así evitar seguir pagando lo que ella consideraba dinero desperdiciado por el tratamiento.

Otro ejemplo es el de una pintora como de 20 años, con personalidad narcisista, drogadicta múltiple, promiscuidad homosexual y heterosexual y obesidad, cuyos esfuerzos por controlar la situación del tratamiento y utilizarlo para sus propios fines y escapar de cualquier control o supervisión externo (lo que ella experimentaba como un insulto humillante) eran sutilmente apoyados por su influyente familia. La paciente odiaba lo que ella experimentaba como el terapeuta "confrontador". La familia, siguiendo los deseos de la paciente, presionó al hospital para un cambio de terapeuta y se las arregló para escoger uno que ellos pensaban sería más complaciente con sus propias demandas. El terapeuta "confrontador" fue reprendido por las autoridades del hospital, y la situación del tratamiento se corrompió al grado de que la familia parecía estar dictando los arreglos para el tratamiento con el propósito de asegurar su máxima comodidad y el mínimo de sentimientos de culpa. La paciente finalmente murió de una sobredosis de droga, quizá un suicidio, unos meses después de dejar al segundo terapeuta y el hospital.

El siguiente, y último, caso ilustra más aspectos de los problemas diagnósticos creados por pacientes adolescentes límite con personalidad narcisista y tendencias antisociales. El diagnóstico de personalidad antisocial surgió sólo después de un largo periodo de evaluación y seguimiento.

F.: El paciente, estudiante de secundaria, de 17 años, fue traído por sus padres a causa de su desempeño escolar crónicamente bajo (a pesar de un CI demostrado, de superior al promedio), su falta de motivación para cualquier propósito futuro de estudios o de una profesión, sus violentas rabietas cuando sus deseos no eran cumplidos de inmediato por sus padres y sus amenazas de violencia física hacia ellos. Tiraba objetos por toda la casa, y con los años los padres temían contrariarlo más.

El mayor de cinco hermanos, **F.** era muy envidioso de cualquier cosa que sus hermanos o hermanas más jóvenes tuvieran y él no. Durante una cuidadosa investigación de cualquier historia pasada de mentiras, robos o conducta antisocial, los padres estuvieron muy reticentes a proporcionarme información completa. Reconocieron que él les había robado cosas ocasionalmente, igual que a otros miembros de la familia, pero añadían una explicación de por qué él había tenido que hacer esto en términos de sus reacciones emocionales. Estaban muy preocupados también por las "malas compañías" que tenía, lo que ellos creían lo estaba "contaminando". Los informes de varios psicólogos de la escuela mostraban que él era considerado como un joven iracundo y receloso. Era pasivo, impaciente y abandonaba rápidamente las tareas que no parecían fáciles de lograr de inmediato.

Al mismo tiempo, tenía altas aspiraciones de éxito, pero no estaba dispuesto a realizar ningún esfuerzo en lo que estaba haciendo. Era más bien difícil tener una imagen de él según lo percibían las autoridades de la escuela y sus padres. Se reveló como un joven cauteloso y retraído, excepto cuando hacía demandas amenazantes sobre los que lo rodeaban.

En sus citas conmigo, F. era cauteloso, vago y reservado, pero esta conducta cambiaba cuando sentía que no había más "amenazas" de exploración o de alguna acción desconocida, de mi parte. Cuando, por ejemplo, mencioné que había contestado todas las preguntas que yo quería hacerle y que ahora debía sentirse libre de decirme lo que quisiera sobre él mismo y que creyera me podría ayudar a conocerlo mejor, comenzó a hablar libremente pero en una forma en cierto modo superficial, congraciándose y esencialmente sin involucrarse.

Mis esfuerzos por explorar la aparente contradicción del padre del paciente entre los altos estándares que se fijaba en su trabajo, por una parte, y su tendencia a justificar dondequiera lo que me parecía manifestaciones antisociales de su hijo, llevaron a aumentar la tensión entre los padres. La madres acusaba al padre de ceder ante su hijo, de no dar suficiente estructura y firmeza, y decía que ella tenía miedo de su hijo.

Fue muy difícil para mí obtener alguna imagen clara de la vida social de este joven; parecía interesado sólo en manejar un coche deportivo, en las fiestas y en beber. Negó que tomara drogas, pero yo tenía el presentimiento de que no me decía la verdad. Daba una impresión superficial de tener miedo de no ser aceptado, pero yo detecté una nota subyacente de desafío y autoafirmación a lo largo de toda la evaluación.

A causa de las dificultades para obtener información completa de parte del paciente y su familia, combiné mi propia evaluación clínica con la de un psiquiatra trabajador social que conocía la estructura total de la familia. Las pruebas psicológicas las aplicó un psicólogo experto. Revelaron grave patología del carácter y ninguna indicación de funcionamiento psicótico. El trabajador social concluyó que el conflicto marital crónico entre los padres también era revelado en su actuación en las discusiones sobre el paciente. Este demandaba mucho de su hijo, pero también, extrañamente, disculpaba su conducta antisocial. El trabajador social sentía que había más robos y chantajes dentro de la casa (y quizá también en otras áreas de la vida del paciente) de lo que indicara nuestra primera impresión. La madre parecía estar de algún modo separada narcisistamente de su hijo y preocupada por ella misma, pero con el tiempo adquirió una conciencia más clara de la gravedad de la situación y un sentido de rabia importante respecto a lo que estaba pasando.

Mi diagnóstico final fue de personalidad narcisista con rasgos antisociales, y me preocupaba la complicidad de la familia con la patología de **F.** como un indicador negativo importante para el pronóstico. A causa de los rasgos antisociales, consideré indispensables como parte de los arreglos para el tratamiento, una estructura social y retroalimentación externas.

La recomendación final fue de terapia familiar para la familia nuclear completa y psicoterapia intensiva para **F.** con un terapeuta diferente. También recomendé que el tratamiento comenzara con el cambio del paciente a una residencia escolar o alguna alternativa equivalente, en vez de vivir en su casa.

La familia nunca aceptó esta recomendación. El paciente obtuvo apoyo de su padre para un largo viaje a otro estado, y dinero para financiar una estancia larga fuera de casa sin importar cualquier otro plan de trabajo o estudio que pudiera tener. El padre también consultó a varios psiquiatras y finalmente llegó a una actitud más "optimista" respecto a su hijo, un deseo de darle oportunidad de "salirse de todo esto" más que hacerle presión para continuar el tratamiento.

Un seguimiento de dos años resultó en la siguiente información: **F.** acababa de regresar a su casa para lograr la ayuda de su padre en los procedimientos legales contra él. Había participado en una pelea con armas, aparentemente conectada con grupos de traficantes de drogas.

La evaluación psiquiátrica en este momento reveló a un joven que parecía mucho más seguro de sí, más menospreciativo y altanero de como yo lo recordaba dos años antes. Ahora transmitía la impresión de que estaba comenzando a lanzarse a una carrera criminal. La reevaluación de la calidad de las relaciones objetales y de cualquier evidencia que pudiera indicar que no tenía una personalidad antisocial verdadera (por ejemplo, relaciones no explotadoras, cualquier manifestación de la naturaleza fuertemente inapropiada de su estilo de vida) no tuvo éxito, y yo concluí con el diagnóstico de personalidad antisocial propia.

He señalado (Kernberg, 1975) que en todos los casos de conducta antisocial en la adolescencia, debiera considerarse un número de factores importantes al formular un diagnóstico diferencial. ¿Es la etiqueta de "antisocial", legal o social, o verdaderamente psiquiátrica? ¿Es en verdad antisocial el adolescente o deberá aplicarse la etiqueta más propiamente al subgrupo social al que éste se está ajustando? ¿Refleja la conducta antisocial una reacción neurótica típica por la dependencia y rebeldía adolescente, o es parte de patología grave del carácter, particularmente en una personalidad narcisista (el diagnóstico inicial en este último caso)? ¿O es un caso de personalidad antisocial propia (el diagnóstico final en este caso)? Todas las personalidades antisociales tienen organización límite lo cual se aplica a las personalidades narcisistas. Aunque muchos pacientes con personalidad narcisista no tienen rasgos antisociales, la frecuencia de ellos en estos casos y su significación negativa pronóstica, no pueden dejar de subrayarse.

4

Trastornos de la personalidad en la vejez

En su estudio sociológico sobre la vejez, Simone de Beauvoir (1972), apasionadamente acusa a la sociedad por condenar a la gran mayoría de los ancianos a una pobreza extrema, viviendas incómodas y soledad, y luego enumera las posibilidades para la vejez. Estas según su punto de vista, se conceden en la actualidad a sólo un puñado de gente privilegiada. Dice:

> "Hay sólo una solución, si la vejez no ha de ser una parodia absurda de nuestra vida previa, y ésta es continuar persiguiendo los fines que dan significado a nuestra existencia –dedicación a los individuos, a los grupos o a las causas, trabajo social, político, intelectual o creativo. A pesar de la opinión contraria de los moralistas, en la vejez debiéramos desear tener todavía pasiones suficientemente fuertes para evitar doblarnos sobre nosotros mismos. La vida de uno tiene valor en tanto que uno le atribuya valor a la vida de otros, por medio del amor, la amistad, la indignación, la compasión. Cuando esto es así, entonces hay todavía razones válidas para la actividad o para la palabra. A menudo se aconseja a las personas que se "preparen" para la vejez. Pero si esto nada más se aplica a guardar dinero, a escoger el lugar para el retiro y a descargarse sobre los pasatiempos, no estaremos mucho mejor para ella cuando llegue el día. Es mucho mejor no pensar demasiado en ella sino vivir una vida razonablemente justificada y comprometida, de modo que pueda uno seguir en el mismo camino aun cuando todas las ilusiones se hayan desvanecido y el entusiasmo por la vida se haya disipado" (págs. 541–543).

Para el psiquiatra clínico tal estado de cosas requeriría de ciertas precondiciones mínimas: primero, una ausencia o control suficiente de la enfermedad física general para proteger al individuo del dolor insoportable; segundo, ausencia o control suficiente de impedimentos en las habilidades perceptivas, locomotoras y de comunicación, como los que se derivan de la enfermedad cerebral orgánica y de la psicosis; tercero, la capacidad para participar en relaciones con otras personas y de que el mundo exterior importe en todos sus aspectos. Esta última capacidad implica que cualquier trastorno de personalidad que esté presente será relativamente leve. Implica además que, junto con los factores socioeconómico y médico que pudieran interferir con un

óptimo funcionamiento del anciano, la cuestión del trastorno de personalidad surge como un factor importante.

Gianturco y Busse (1978), en una encuesta de problemas psiquiátricos encontrados durante un estudio de larga duración de voluntarios normales que envejecían, señalaron la frecuencia de hipocondriasis como una reacción psiconeurótica en este grupo de edad. Bromley (1978), planteando puntos metodológicos respecto al estudio de cambios de la personalidad en la vida adulta y la vejez, señala el complejo problema de diferenciar la conducta normal adaptativa, de los trastornos generales de la personalidad. Subraya la importancia de evaluar a pacientes geriátricos en términos de disposición individual, situación psicológica actual y temas interaccionales para llegar a categorías diagnósticas. Bergmann (1978), ha estudiado la prevalencia de la neurosis y de trastornos de personalidad en la vejez y presenta una revisión crítica de la literatura sobre el tema. Deja la impresión de que, aunque los hechos señalan la existencia de reacciones neuróticas serias respecto a las tensiones por envejecer y al importante sufrimiento de los pacientes ancianos a causa de trastornos de personalidad, no tenemos aún formas de evaluar y diagnosticar estos trastornos que son bastante precisos como para ser útiles.

Estoy de acuerdo con Bergmann en que tenemos notablemente poca información respecto al diagnóstico de trastornos de la personalidad en la vejez y, aparte de unos cuantos informes clínicos, muy pocos datos sobre el tratamiento individual. En cuanto que la experiencia clínica de trabajo con pacientes geriátricos indica una importante prevalencia de trastornos de personalidad en la edad avanzada, uno no puede evitar la impresión de que debe haber predisposiciones culturales o profesionales que han inhibido la investigación empírica de estos temas fundamentales. La antigua presunción en la literatura psicoanalítica de que el psicoanálisis no debería intentarse con pacientes más allá de los 40 años, parece haber persistido. La resistencia de los psicoanalistas por explorar psicoterapias psicoanalíticas con personas mayores, deja el campo de las intervenciones psiquiátricas a aquéllos que pretenden aliviar el sufrimiento mediante la medicina general, rehabilitación social y con medios psicofarmacológicos.

La exploración psicoanalítica de pacientes de 40 ó 50 años indica que el pronóstico para tratamiento psicoanalítico de algunos trastornos de la personalidad –la narcisista y la histérica, por ejemplo– mejora con la edad, en tanto que el pronóstico para otros –personalidad infantil o histeroide, por ejemplo– es malo. Estas observaciones son impresiones clínicas más que descubrimientos empíricos de la investigación y no se aplican a pacientes de 60 ó 70 años. De cualquier modo, sí plantean la posibilidad de que las intervenciones psicoterapéuticas con algunos trastornos de la personalidad en pacientes mayores merecen explorarse.

Además de los prejuicios culturales generales y a los específicos de origen psicoanalítico, está la posible resistencia de los psiquiatras jóvenes para tratar pacientes que por su mera apariencia activan conflictos paternales universales y amenazan las fronteras generacionales ligadas a profundos tabúes infantiles. La exploración clínica de trastornos de la personalidad requiere no sólo del conocimiento de registros sencillos de rasgos conductuales, sino también profunda experiencia vital. Sólo una sólida experiencia, enriquecida con el co-

nocimiento técnico de patología del carácter, hace posible explorar en forma realista la rigidez de las conductas, incongruencia de interacciones interpersonales e inhibiciones emocionales en la consecución de importantes tareas vitales. Sólo la combinación de conocimiento y experiencia permite al terapeuta confrontar a los pacientes con áreas de dificultad en su funcionamiento, en contraste con el "lavado de cerebro" de sus propias racionalizaciones sobre sus rigideces. Un psiquiatra joven puede sentir que no tiene la experiencia necesaria para adoptar la perspectiva de un paciente que es 20 ó 30 años mayor que él. Como he señalado en otra parte (1980, capítulo 7), en la edad madura ampliamos los límites temporales de nuestra identidad del yo. Es sólo al llegar a esta edad, que nos identificamos con nuestros padres según lo experimentamos nosotros cuando éramos jóvenes y ellos de edad madura. Esta identificación se facilita al repetir en nuestra interacciones con nuestros hijos, las interacciones pasadas de nuestros padres con nosotros. Nuestra recién adquirida habilidad para identificarnos con ellos como eran en el pasado, mejora nuestra habilidad para identificarnos con ellos mismos cuando avanzan a la vejez. La ampliación de nuestra capacidad para identificarnos hacia el futuro enriquece la de identificarnos con pacientes mayores.

Con base en mi experiencia clínica sugiero que este proceso normal de desarrollar una capacidad para identificarse con la gente mayor puede acelerarse enormemente por la experiencia al tratar pacientes mayores durante los años de entrenamiento psiquiátrico como residentes. Sabemos que las fronteras sexuales normales (que bajo circunstancias ordinarias no se cruzan nunca pero no obstante están envueltas en los frustrantes pero excitantes encuentros, tensiones y malentendidos entre hombres y mujeres) se vencen temporalmente en forma dramática en la experiencia del psicoanalista de identificarse con pacientes del otro sexo. Por el mismo tenor, cree que el tratamiento de personas mayores puede acelerar la madurez emocional del psiquiatra clínico para evaluar el funcionamiento normal y anormal de la personalidad en todos los grupos de edad. Más aún, una vez que el psiquiatra desarrolla una libertad interna para explorar la personalidad de pacientes mayores sin sucumbir a prejuicios e inhibiciones culturales (por ejemplo, la proverbial resistencia a explorar la vida sexual de pacientes mayores), su diagnóstico de trastornos de la personalidad en pacientes de edad puede enriquecerse significativamente.

Unas cuantas ilustraciones clínicas serían pertinentes aquí.

G.: Una mujer de 63 años, soltera, sufría de depresión relativamente leve pero crónica, diabetes, obesidad moderada y temor a participar en grandes reuniones sociales; presentaba una personalidad histérica con rasgos masoquistas. En el curso de cuatro años de psicoterapia, los sentimientos de amargura y duelo de la paciente por haber perdido sus oportunidades de relaciones satisfactorias con hombres y de matrimonio, se hicieron un tema central que gradualmente se amplió hasta el análisis de sus interacciones masoquistas con los hombres, su persistente sumisión inconsciente a su madre (muerta tres años antes de comenzar el tratamiento, tiempo en el que los síntomas depresivos de G. se habían intensificado), y su fuerte sentido de que una creciente falta de atractivo físico la hacía disgustante y ridícula a los ojos de los hombres que le interesaban. Debería yo añadir que ella fue uno de mis primeros casos de psicoterapia, que la traté bajo supervisión los primeros dos años de tratamiento, y que al principio del mismo yo tenía 26 años de edad. El hecho de que yo estuviera pasando por mi entrenamiento psicoanalítico y, al mismo tiempo, en análisis personal probó ser muy útil en las etapas difíciles del tratamiento.

G. había restringido su vida social porque se sentía inferior a otras mujeres. Oscilaba entre periodos en los que se sentía tan poco atractiva que no se atrevía a ir a las reuniones comunitarias religiosas o culturales, y otras veces, cuando se sentía mejor respecto a ella misma. Pero cuando se sentía mejor también recordaba dolorosamente su edad y falta de atractivo y se sentía afligida por el pensamiento de que ya no podría ser tomada en cuenta como persona sexual y como pareja sexual potencial.

Me sorprendió por su sentido de humillación no sólo por tener que decirme de sus actividades y fantasías masturbatorias sino por tener tales deseos sexuales, y por masturbarse en sí. Terminó la relación sexual con un hombre, iniciada a mitad del tratamiento, porque temía que él la encontrara disgustante. La actitud prohibitiva de su madre hacia la sexualidad se volvió tema prominente del tratamiento. En la transferencia, ella llegó a atreverse a acusarme de hipocresía: ¿Cómo podía yo cuestionar su autodenigración sexual cuando obviamente no podía sentirme atraído por una mujer como ella? Después de mis sentimientos iniciales de culpa porque, verdaderamente, yo no podía imaginar tener una relación sexual con ella, descubrí, en la exploración privada de mis propias fantasías y motivos, fantasías sexuales subyacentes con mujeres mayores, las que eran obviamente perturbadoras por sus implicaciones edípicas. Una vez que pude aceptar internamente estas fantasías fui capaz de explorar, sin sentimientos de culpa, qué era lo que la hacía no atractiva para mí y, presumiblemente, para otros hombres; a saber, los aspectos sutilmente autodegradantes de su propia presentación, incluyendo descuido físico —en pocas palabras, sus tendencias masoquistas.

En sus dos últimos años de psicoterapia, me hice mucho más confrontador de sus clichés culturales (algunos de los que yo había compartido originalmente) respecto a la conducta apropiada para una mujer de más de 60 años y menos temeroso de explorar con ella su competencia con, y envidia de, las mujeres más jóvenes, así como sus sentimientos similares hacia los hombres que, según ella, nunca envejecían sino, al contrario que las mujeres, permanecían eternamente atractivos. Surgieron gradualmente profundas fuentes de envidia de los hombres, y pudieron explorarse como codeterminantes de su resistencia a participar en forma activa en asuntos políticos o sociales, así como de haber abandonado una carrera profesional mucho antes en su vida. Reinició estudios que le permitieron mejorar su desempeño como administradora de una organización de asistencia religiosa, y se sintió más libre sobre las relaciones sociales y amistad con los hombres. Con el tiempo estableció una relación sexual con un hombre que había sido su amigo por muchos años, ahora era viudo, y cuyo interés de siempre, ella misma lo había devaluado con anterioridad por razones inconscientemente masoquistas.

He descrito en trabajos anteriores sobre las relaciones amorosas en la edad madura (1976, capítulo 8) cómo las mujeres con personalidad histérica tienen un mejor pronóstico para tratamiento psicoterapéutico cuando están en los 40 que en los 20 años, en tanto que aquellas con personalidad infantil presentan un pronóstico más malo en dicho punto que durante la adolescencia y la adultez joven. Kahana (1979), señaló resultados similarmente favorables en psicoterapia psicoanalítica con pacientes que sufren personalidades obsesivo-compulsiva y masoquista. El pronóstico cada vez más satisfactorio para la personalidad histérica puede también considerarse un hecho para la vejez. Berezin y Fern (1967), describen el resultado satisfactorio en la psicoterapia de una mujer de 70 años con un trastorno histérico del carácter. En contraste, mi experiencia con pacientes que presentan trastornos de personalidad más graves dentro del espectro límite ha sido mucho menos satisfactoria.

He discutido ya (1977) algunos de los temas psicoterapéuticos y de pronóstico que se refieren al narcisismo patológico en la vejez en relación a un caso informado por Berezin (1977). También he escrito sobre el deterioro que sufren las personalidades narcisistas en la edad madura (1980, capítulo 8). Las personalidades narcisistas experimentan a través de los años un deterioro de su mundo de relaciones objetales internalizadas, incluyendo la devaluación inconsciente, tanto de su propio pasado (para no sentir envidia del mismo) como de lo que los demás tienen (para no envidiarlos). De aquí que estas personas no dispongan de las gratificaciones normales que vienen de los recuerdos de experiencias pasadas y de los demás a quienes aman. El nacisismo patológico lleva así a un creciente retraimiento social y a su sentido interno de vacío. En muchos casos, el círculo vicioso de devaluación y vacío se hace insuperable.

H.: Un notable historiador con trastorno narcisista de la personalidad grave, perdió todo interés en los asuntos políticos contemporáneos después de su retiro forzoso a la edad de 65 años. Una depresión que en forma gradual se profundizaba era claramente secundaria a la dramática devaluación de su principal interés en la vida y a su envidia de aquellos de su familia que, distintamente a él, persistían en sus propios intereses y profesiones. Se volvió intensamente resentido de mí porque yo era más joven que él. Una importante batalla se fraguó en la transferencia, y por varios meses sentí que si el paciente podía vencer su intensa envidia y resentimiento de mí y aceptar mi ayuda para el duelo por su trabajo perdido y las enormes oportunidades profesionales que con él se fueron, él podría también entender mejor cómo su devaluación vindicatoria de sus intereses pasados empobrecía su vida presente. Pero su incapacidad para trabajar su envidia en la transferencia llevó a una ruptura prematura del tratamiento. A pesar de este fracaso particular, otros casos han sugerido que los pacientes que tienen alguna necesidad de dependencia y capacidad para el duelo por oportunidades perdidas, a menudo pueden ayudarse.

Algunos pacientes de edad madura, con personalidad narcisista, a pesar de, o quizá a causa de, el empeoramiento de los síntomas depresivos secundarios a su estructura narcisista, tienen un mejor pronóstico para el tratamiento psicoanalítico del que hubieran tenido a los 20 ó 30 años. Si el tratamiento de personalidades narcisistas en la vejez puede proporcionar rasgos de pronóstico adicionales positivos, o no, parece ser una cuestión extremadamente importante para la investigación. Melanie Klein, en una de sus últimas obras (1963, capítulo 4), al tratar de la soledad en la vejez, primero señaló el valor crucial para pronóstico, del equilibrio entre envidia y gratitud. El diagnóstico y tratamiento apropiados de la patología narcisista del carácter puede tener relevancia importante para la adaptación a la vejez.

Mis experiencias en el tratamiento de personalidad infantiles en la vejez han sido limitadas pero interesantes. J., una mujer de 68 años, con quejas hipocondriacas, abuso múltiple de drogas en tranquilizantes menores, y creciente retraimiento social, fue referida por su médico internista para psicoterapia, pues él estaba preocupado por su ingestión no controlada de sedantes. Si bien fue posible reducir la cantidad de medicación y obtener su compromiso de usar tranquilizantes sólo bajo muy específicas y restringidas circunstancias, la pérdida de contactos sociales y de intereses, y el vacío de su vida personal probaron ser casi insuperables. Su esposo se había divorciado de ella 23 años antes, y sus hijos, ahora adultos, mantenían un contacto mínimo con ella.

Vivía sola en un pequeño departamento y experimentaba los contactos con otras personas como una invasión de su intimidad. Le gustaba asistir a reuniones comunitarias y grupos religiosos, pero, por razones que permanecían obscuras para ella, no podía hacer amistad con nadie, y algunas personas le había dejado claro que quería mantener su distancia. Su estilo de comunicación impulsivo, aniñado y agresivo tendía a alejar a los demás. Sin embargo, trataba desesperadamente de aferrarse a las relaciones con personas inapropiadas o que habían indicado su falta de disponibilidad. Estaba interesada en salir con hombres, y de vez en vez la invitaban algunos al parecer apropiados. Sin embargo, sus demandas desordenadas y su incapacidad para interesarse en la vida de otros, después de un rato, parecía alejarlos. Sentía que su actividad masturbatoria era muy satisfactoria y que, a su edad, el sexo con hombres con quienes no se quería relacionar en forma más consistente, era torpe y degradante.

La recomendación de actividades y una vida regulada con participación en grupos sin mucha demanda de intimidad, resultó ser la solución óptima para ella. J. se benefició con la psicoterapia de apoyo. Su caso plantea otra cuestión en la investigación: diferentes tipos de trastorno de personalidad y grados diferentes de gravedad del trastorno de la personalidad en la vejez, piden un enfoque de apoyo o uno expresivo.

Esta paciente, con una educación universitaria y antecedentes culturales ricos, tenía notablemente poco interés en los aspectos intelectuales y culturales de su vida comunitaria y dependía para su entretenimiento principalmente del chisme. En término de mi propia reacción de contratransferencia yo estuve preocupado por algún tiempo sobre si mi sentido de impotencia y desesperanza al trabajar con ella se derivaba de mi ansiedad por sus problemas en realidad o de un pesimismo relacionado con su edad. Sólo en forma gradual me hice consciente de que estaba frente a las etapas finales de un deterioro de funcionamiento de la personalidad grave que se había desarrollado por muchos años. J. ilustra el hecho de que los problemas psicosociales más devastadores en la vejez pueden con frecuencia, relacionarse no sólo con

las circunstancias sociales inmediatas sino con trastornos de personalidad antiguos que gradualmente se desenmascaran al caerse los apoyos externos de la vida.

De su revisión de la literatura sobre el funcionamiento de personalidades paranoides, esquizoides, e inadecuadas, en la vejez, Bergmann (1978), concluye que, paradójicamente, estos pacientes pueden hacer mejores ajustes de los que se esperarían de su psicopatología. Sugiere que la persona inadecuada

"proporciona un foco o centro a ser ayudado por la familia, por los amigos, y a veces por algunos contactos bastante casuales. Muestran agradecimiento, su dependencia y falta de logros les permite encajar en contextos que muchas personas con orgullo y autorrespeto más normales encontrarían de lo más desagradable. Por otro lado, la parte que lucha en las personalidades paranoides hostiles las conserva intactas, el fracaso no es nunca propio, la mala salud se remediaría sólo si el doctor diera el tratamiento adecuado, etc. El mundo, en general, tiene que ser asumido en un combate individual; la vida presenta una lucha muy atareada y desviadora contra las fuerzas hostiles y peligrosas de afuera y hay poco tiempo para la desesperación, depresión, temor y ansiedad" (pág. 62).

En mi propia experiencia, algunas personalidades paranoides en vejez han podido en verdad mantener una postura de lucha solitaria en el entorno, pero el grado al que estos pacientes se vuelven físicamente dependientes de los demás y, por lo tanto, expuestos a una intensificación de sus ansiedades paranoides, es un factor importante. Además, en la regresión psicótica, los ancianos solitarios, con personalidad paranoide pueden desarrollar grados extremos de retraimiento social y descuido físico antes de que les llegue algo de ayuda.

K.: Un hombre de 65 años, con una personalidad paranoide, era alcohólico crónico y patológicamente celoso de su esposa. Fue forzado a retirarse en forma prematura a causa de un colapso en el trabajo, relacionado con alcoholismo y sus interacciones beligerantes con sus superiores. Fue traído a tratamiento por su esposa a causa de graves conflictos maritales y por su continuo beber. Aunque **K.** inicialmente estuvo de acuerdo en verme sólo porque su esposa amenazó con dejarlo, con el tiempo le fue posible entender que yo no era un agente de ella, que si lo veía era en términos de un contrato que lo involucraba a él mismo y a mí. Llevé a cabo una psicoterapia esencialmente de apoyo, según lo que he descrito en otra parte (capítulo 9), confrontándolo en forma discreta pero consistente con su conducta arrogante y belicosa conmigo, y relacionándola una vez que pudo reconocer su falta de propiedad, a lo que había pasado en su trabajo.

Su "insight" aumentado llevó a una intensificación de su depresión, a culparse por haber perdido su trabajo, y a un aumento temporal en la bebida. Discutí entonces con él los ciclos autoderrotistas de culpa y autodestructividad y le planteé la cuestión de si él tenía algo mejor que esperar de la vida que ahogarse en alcohol. Sabiendo de la suposición paranoide de **K.** de que sus colegas lo menospreciarían si supieran que él estaba en tratamiento terapéutico, utilicé su orgullo para ayudarlo a controlar la bebida "para demostrarles a ellos que podía enfrentarse a la vida por su cuenta". Usé sus puntos de vista paranoides y apasionados sobre la política y eventos nacionales para

estimularlo a participar más activamente en asuntos políticos locales. También pude ayudarlo a evitar relaciones personales intensas, a aceptar sus limitaciones en términos de intimidad y a concentrarse en un miembro deseable de los grupos de acción política.

Un área en la que nunca pude reducir por completo la naturaleza de sus distorsiones paranoides de la realidad fue la de los celos de su esposa. De hecho, el intento de **K.** de convencerme de que yo era muy joven para saber cómo son en realidad las mujeres, le permitía mantener una actitud de superioridad sobre mí. Al mismo tiempo, sí estuvo de acuerdo en tratar de controlar su conducta hacia ella y ser más tolerante de sus "fallas". El resultado final fue una notable disminución del conflicto marital, abstinencia de beber por un periodo de cuando menos tres años (antes de que yo perdiera contacto con él), y un creciente sentido de satisfacción con sus nuevas actividades.

Confío en que estos ejemplos hayan ilustrado mis hipótesis de que el pronóstico para los tipos individuales de trastorno de la personalidad, puede variar en diferentes grupos de edad, mejorar significativamente en trastornos de personalidad que funcionan en un nivel neurótico, en contraste con aquéllos funcionando en un nivel límite de organización de la personalidad, y que el equilibrio adaptativo-inadaptado relacionado con rasgos patológicos de la personalidad puede cambiar con las tareas diferenciadoras y el entorno psicosocial en la vejez.

5

Problemas en la clasificación de los trastornos de la personalidad

Clasificar los trastornos de la personalidad es problemático por varias razones. Una es cuantitativa: ¿Cuán intensa debe ser la perturbación para que requiera llamarse un trastorno? Otra es semántica: Una variedad de términos —neurosis del carácter, caracteres neuróticos, trastornos del carácter, perturbaciones de los rasgos de la personalidad, perturbaciones de los patrones de la personalidad, trastornos de la personalidad (el término que se utiliza en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III,* DSM-III)— se han aplicado a los mismos síndromes clínicos. Y detrás de estas diferencias semánticas asoman importantes puntos conceptuales, clínicos e ideológicos —por ejemplo, el deseo de eliminar el término *psiconeurosis* de un sistema de clasificación, según se declara en la introducción al DSM-III. La selección personal de la terminología puede así surgir de presunciones teóricas que se refieren a las determinantes de la organización de la personalidad. Por ejemplo, un marco de referencia psicodinámico más que conductista influirá fuertemente en los observadores al ordenar o agrupar los rasgos patológicos de la personalidad.

En la práctica clínica psiquiátrica los términos *carácter* y *personalidad* se han usado en forma intercambiable. Para el propósito de esta discusión estoy utilizando el término *trastornos de la personalidad* para referirme a constelaciones de rasgos del carácter anormales o patológicos, de intensidad suficiente para implicar una perturbación significativa en el funcionamiento intrapsíquico, interpersonal o ambos. Sin considerar los supuestos teóricos del psicoanálisis, los datos derivados del intercambio cercano con los pacientes proporcionan, según mi punto de vista, la evidencia clínica más fuerte disponible para su uso en conexión con cualquier esfuerzo por clasificar los trastornos de la personalidad. Este punto de vista está teóricamente en armonía con los criterios expresados por Spitzer en la introducción al DSM-III:

"No hay ningún postulado que diga que cada trastorno mental es una entidad discreta con límites precisos (discontinuidad) respecto a otros trastornos mentales, así como a la ausencia de trastorno mental. . . . El enfoque tomado en el DSM-III es ateórico en cuanto a la etiología o al proceso patofisiológico excepto por aquellos trastornos para los cuales está bien establecida y por lo tanto incluida en la definición del trastorno.

. . . Este enfoque puede decirse que es 'descriptivo' en cuanto que las definiciones de los trastornos por lo general consisten en descripciones de los rasgos clínicos de los mismos. Estos rasgos o síntomas se describen desde el nivel más bajo de inferencia necesario para enumerar los síntomas característicos del trastorno. . . Para algunos trastornos. . . particularmente los Trastornos de la Personalidad, es necesario un nivel de inferencia mucho más alto. Por ejemplo, uno de los criterios para el Trastorno límite de la Personalidad es 'la perturbación de la identidad manifestada por la incertidumbre respecto a diversos temas en relación con la identidad, tales como la autoimagen, identidad sexual, objetivos a largo plazo, elección de carrera, pautas de amistad, valores y lealtades'" (págs. 6 y 7).

En otra parte, la introducción enumera los objetivos del DSM-III, como sigue:

- Utilidad clínica para instaurar tratamientos y adoptar decisiones en las diversas situaciones clínicas; fiabilidad de las categorías diagnósticas.
- Aceptación por los clínicos e investigadores de las diferentes orientaciones teóricas; utilidad para la formación de los profesionales de las ciencias de la salud.
- Mantener la compatibilidad con el ICD-9, excepto en aquellos casos en que las diferencias sean insalvables.
- Evitar la introducción de nueva terminología y de conceptos que rompan con la tradición, excepto en aquellos casos en que sea estrictamente necesario.
- Establecer un consenso sobre el significado de los términos diagnósticos utilizados de forma poco o nada apropiada y evitar el uso de términos que ya han perdido su utilidad.
- La validez de las categorías diagnósticas viene dada por su correspondencia por los datos generados por la investigación.
- Plasticidad para la descripción de los casos en los trabajos de investigación.
- Que se pueda contestar mientras dura la elaboración del DSM-III, a las críticas formuladas por los clínicos e investigadores (págs. 2 y 3).*

Desde un punto de vista clínico y de investigación, es importante que las constelaciones de rasgos patológicos del carácter descritos en cualquier clasificación de trastornos de la personalidad verdaderamente correspondan a experiencia clínica bien documentada. Si las implicaciones terapéuticas y pronósticas de diferentes trastornos de la personalidad se reflejaran en los criterios usados para diferenciarlas, las diferencias, si las hubiera, tendrían mucho más significado. Una clasificación que respetara las relaciones entre la estructura de la personalidad y la disposición para otros tipos de psicopatología, reforzaría las definiciones descriptivas, sin importar las diferencias teóricas sobre cómo conceptualizar dichas relaciones. Y en tanto más criterios coincidan para la justificación de cualquier constelación particular de rasgos patológicos del carácter, más razón para incluir ese tipo de trastorno

* ICD-9 es la clasificación actual internacional de las enfermedades, por la Organización Mundial de la Salud.

de la personalidad. Este sería un marco de referencia verdaderamente ateórico (si eso es lo que se desea en este momento).

Yo cuestiono seriamente una clasificación de trastornos de la personalidad basada en cualquier tipología simple, preconcebida, que exponga un diagrama teórico de dimensiones de los rasgos o síntomas y luego intente llenarlos con tipos clínicos potenciales. Cuestiono aún más seriamente las clasificaciones que corresponden con claridad sólo a un modelo particular de psicopatología, y los sistemas de clasificación más o menos idiosincráticos que no tienen una base amplia en psiquiatría clínica. Por último, cuestiono el agrupamiento de rasgos patológicos del carácter con base en preconcepciones no relacionadas con la psiquiatría clínica, y clasificaciones en las que hay un fuerte traslapo de diversos tipos de personalidad. En otras palabras, las categorías individuales o trastornos específicos de la personalidad deberían ser ampliamente representativos y poder diferenciarse entre sí. A continuación exploro la clasificación de trastornos de la personalidad en el DSM-III a la luz de estas consideraciones, con particular interés en la consistencia interna, la relevancia clínica y la correspondencia con los propios objetivos declarados en el DSM-III.

Para comenzar, el DSM-III ignora tipos de trastornos de la personalidad importantes y encontrados con frecuencia, en particular, las personalidades histérica y depresivo-masoquista. El DSM-III argumenta que el Trastorno Histriónico de la Personalidad corresponde a la personalidad histérica (pág. 314), punto señalado en otra parte por Spitzer y Williams (1980). Esta equivalencia, según mi punto de vista, es un error que refleja un intento por condensar el espectro completo de la patología del carácter que va desde la personalidad histérica per se hasta la histeroide (Easser y Lesser, 1965), infantil (Kernberg, 1975), o "Zetzel tipo IV" (Zetzel, 1968). Pasa por alto, así, las contribuciones clínicas importantes que han brindado diferenciaciones clarificadoras de este espectro. El DSM-III también supuestamente incluye la personalidad depresivo-masoquista con los "otros trastornos afectivos específicos", a saber, el Trastorno Ciclotímico o el Trastorno Distímico. El Trastorno Distímico es un término nuevo para la neurosis depresiva. El DSM-III, al referirse al trastorno ciclotímico y al distímico, declara, "otros términos para estos trastornos son Trastornos Ciclotímico y Depresivo de la Personalidad" (pág. 218). En mi opinión, confundir neurosis depresiva con personalidad depresiva e ignorar las características de la personalidad depresiva propia es un error. Pudiera también argumentarse que el término, recién acuñado de Trastorno de la Personalidad por Evitación, corresponde a la personalidad depresiva, pero es claro que no es así. Spitzer y Williams (1980), describen el Trastorno de la Personalidad por Evitación, como parte de lo que el DSM–II (American Psychiatric Association, 1968) llamó la Personalidad Esquizoide (junto con el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y el Trastorno Esquizoide de la Personalidad propio). Otras contradicciones pueden encontrarse entre las características supuestas del Trastorno de la Personalidad por Evitación, y la personalidad depresiva propia.

La personalidad histérica, particularmente el concepto moderno de ella, es un tipo con funcionamiento efectivo, mucho más diferenciado, que la personalidad infantil o histeroide. Esta última parece imitarla superficialmente, pero en la personalidad infantil las distorsiones intrapsíquicas e interpersonales de las relaciones con el sí-mismo y los demás, son mucho más graves y omnipresentes. La literatura sobre la personalidad histérica es abundante (Abraham, 1920; Marmor, 1953; Chodoff y Lyons, 1958; Easser y Lesser, 1965; Shapiro, 1965; Blinder, 1966; Easser, 1966; Laughlin, 1967; Zetzel, 1968; Lazare, 1971; MacKinnon y Michels, 1971; Kernberg, 1975; Blacker y Tupin, 1977; y Krohn, 1978). Las dos últimas referencias subrayan los aspectos estructurales más que los psicodinámicos de la personalidad histérica, enriquece su descripción clínica y clarifican sus diferentes manifestaciones en hombres y mujeres.

Clínicamente, la personalidad histérica (al ser diferenciada de los tipos de personalidad más regresivos con los que se ha confundido en el pasado) surge como poseedora de calidez y labilidad emocional, una naturaleza histriónica pero controlada y socialmente adaptativa; propensión a crisis emocionales (pero una presencia de profundidad y estabilidad emocional aparte de estas crisis), y la capacidad para interacciones sociales apropiadas con excepción de relaciones objetales específicas que tienen implicaciones sexuales. En términos más generales, las personalidades histéricas presentan buena fortaleza del yo y muestran conducta infantil, regresiva, sólo en circunstancias que son real o simbólicamente sexuales. Son impulsivas, pero su impulsividad se restringe a estas interacciones sexuales o a ocasionales rabietas emocionales. Son esencialmente extrovertidas, en el sentido de ser vivas (comunicativas, bulliciosas) e involucradas con los demás. Tienden a la "dependencia aferrada" sólo en las relaciones sexuales, y sus necesidades exhibicionistas y de dependencia también tienen un componente sexual. Las personalidades histéricas desean ser amadas, ser el centro de atención y atracción, de nuevo, sólo en circunstancias con implicaciones sexuales. Las mujeres con personalidad histérica muestran una combinación de seudohipersexualidad e inhibición sexual, que se refleja en la provocación sexual y frigidez y en intercambios sexuales que típicamente tienen "cualidades de triángulo" (como con hombres mayores o no disponibles, rechazo de los hombres disponibles) y que satisfacen necesidades masoquistas. La personalidad histérica es competitiva con ambos sexos y en el caso de mujeres, típicamente competitivas con otras mujeres a causa de los hombres. La competitividad con hombres contiene temores implícitos y conflictos por una inferioridad respecto a los hombres, consciente o inconscientemente asumida. Varios subtipos de un tipo de personalidad histérica "sumisa" o "competitiva" reflejan fijaciones caracterológicas de estos patrones masoquistas y competitivos. Lo que surge típicamente en el tratamiento, donde la conducta infantil regresiva adquiere con claridad funciones defensivas contra los aspectos más adultos de compromiso sexual, en un flirteo combinado con relaciones cálidas profundas con los demás, altamente diferenciadas.

En contraste, la personalidad infantil (con la que tendía a confundirse la personalidad histérica en el pasado) muestra una labilidad emocional difusa, relaciones indiferenciadas con los demás significantes y compromisos emocionales superficiales. En contraste con la extroversión socialmente apropiada de la personalidad histérica, la infantil se sobreidentifica con los demás y proyecta intenciones fantasiosas, no realistas, sobre ellos. Las per-

sonalidades infantiles tienen dificultades para entender con profundidad a los demás, así como a ellos mismos. Típicamente muestran el síndrome de difusión de identidad, y la naturaleza aniñada, pegajosa, de todas sus relaciones contrasta con la madurez general de la personalidad histérica a este respecto.

Los rasgos de dependencia y exhibicionistas están menos sexualizados en la personalidad infantil que en la histérica, en el sentido de que la primera anhela una dependencia aniñada en sí más que como una defensa contra compromisos sexuales más maduros. La personalidad infantil cruda e inapropiadamente utiliza conducta sexualizada para expresar necesidades exhibicionistas. Esta personalidad tiende a poseer menos inhibiciones sexuales y es promiscua con más frecuencia que la histérica. Hay menos rasgos represivos en la vida sexual de la personalidad infantil y más disociativos generalizados, como la alternancia de fantasías y compromisos sexuales contradictorios (expresados en una conducta sexual infantil polimorfa). En la patología de las relaciones interpersonales, hay menos diferenciación de relaciones objetales especificadas en la personalidad infantil que en la histérica, y el grado de perturbación en cualquier relación interpersonal particular es proporcional a la intensidad del compromiso o intimidad con la otra persona.

Esta diferenciación de las personalidades histérica e infantil tiene implicaciones terapéuticas y por lo tanto, de pronóstico. Corresponde a una larga historia de observaciones descriptivas y psicodinámicas así como a observaciones hechas fuera de su marco de referencia psicoanalítico. La descripción del Trastorno Histriónico de la Personalidad en el DSM-III muy claramente se relaciona con la personalidad infantil y no con la histérica. Por ejemplo, los pacientes histriónicos se describen como aquéllos que se aburren con rapidez con las rutinas normales, parecen superficiales y carentes de autenticidad y presentan amenazas manipuladoras de suicidio, sentimientos de despersonalización, y, durante un estrés extremo, síntomas psicóticos pasajeros de gravedad y duración no suficientes para requerir un diagnóstico adicional (DSM-III, págs. 313–14).

Para complicar más las cosas, el DSM-III describe el Trastorno Límite de la Personalidad como el que presenta síntomas similares a los de la Personalidad Histriónica. Ambas se describen como impulsivas o impredecibles, con patrones de relaciones interpersonales intensas e inestables, mostrando ira intensa e inapropiada, o falta de control de la ira e inestabilidad afectiva propensa a demostraciones e intentos suicidas, y con esfuerzos incesantes por atraer atención y reafirmación. En tanto que el DSM-III explícitamente describe el Trastorno Límite de la Personalidad como el que presenta una perturbación de identidad, las características de la Personalidad Histriónica en la práctica igualmente lo indican. Y ambos trastornos, Histriónico y Límite, se describen como propensos a desarrollar episodios psicóticos breves.

El diagnóstico de Trastorno Histriónico de la Personalidad es, por lo tanto, equívoco, correspondiendo al polo más regresivo del espectro histérico-infantil. Con toda justicia, sin embargo, debiera señalarse que el DSM-I (American Psychiatric Association, 1952) había olvidado también a la personalidad histérica en su tiempo, y que el DSM-II la "redescubrió". Queda, entonces, la esperanza de futuros redescubrimientos de este trastorno de la personalidad altamente prevaleciente.

Otra ausencia prominente del DSM-III es el trastorno depresivo-masoquista de la personalidad, citado con mas frecuencia como "personalidad masoquista" o, en literatura psicoanalítica, como "masoquista moral". La personalidad depresiva la mencionó Kraepelin (1904), Tramer (1931), y Schneider (1950) y describió Fenichel (1945b) y Laughlin (1967). Más descripciones clínicas las proporcionaron Gross (1974) y Kernberg (1975).

Antes de proseguir, sin embargo, debiera señalarse que las descripciones clínicas a las que se llega mediante la exploración psicoanalítica, con sus características eminentemente fenomenológicas, deben diferenciarse de las teorías etiológica, psicopatológica y psicodinámica del psicoanálisis. Desechar los síndromes clínicos predominantes porque fueron descubiertos, estudiados y descritos por psicoanalistas, no es una expresión de objetividad "ateórica" sino que puede revelar un prejuicio teórico contra el psicoanálisis. Frances y Cooper (1981), en una crítica relacionada sobre la separación artificial de los criterios descriptivo y dinámico en el DSM-III, declaran: "Algunas observaciones clínicas sobre el 'inconsciente dinámico' no son más inferenciales que las observaciones consideradas descriptivas en el DSM-III. . . . La tendencia del DSM-III a excluir las observaciones derivadas de un marco de referencia dinámico parece arbitraria e innecesariamente limitante" (pág. 1199).

Los pacientes con trastornos depresivo-masoquistas de la personalidad por lo general funcionan bastante bien, típicamente dentro del espectro de patología del carácter de "alto nivel" (en mi opinión, una organización de personalidad neurótica más que límite). Tienen una identidad del yo bien integrada, muestran manifestaciones no específicas de fortaleza del yo (buena tolerancia a la ansiedad y control de impulsos), y tienen una conciencia moral excesivamente cargada de culpa pero bien integrada. Son capaces de establecer relaciones objetales en profundo, bien diferenciadas.

Siguiendo la descripción de Laughlin (1967), pueden desglosarse los rasgos de carácter del trastorno depresivo-masoquista de la personalidad en tres categorías: (1) rasgos que reflejan un funcionamiento excesivamente severo del superyó; (2) otros que reflejan una sobredependencia del apoyo, amor y aceptación de los demás, y (3) los que reflejan dificultades en la expresión de la agresión. De muchos modos, las tres categorías tienen el "metabolismo" imperfecto de las necesidades de dependencia como punto predominante. Estos pacientes se sienten culpables a causa de una intensa ambivalencia hacia los objetos amados y necesarios, y se frustran con facilidad si sus anhelos de dependencia no se gratifican.

Los rasgos conspicuos del "superyó" de la personalidad depresivo-masoquista se reflejan en una tendencia a ser muy serios, responsables, y preocupados por el desempeño del trabajo y las responsabilidades. Hay un aspecto sombrío en todo esto, una sobreescrupulosidad. Estos pacientes por lo general no tienen mucho sentido del humor pero son sumamente confiables y seguros. La exploración psicológica revela su inclinación a juzgarse a sí mismos duramente y fijarse estándares muy altos. Estas personas por lo general consideradas, discretas y que demuestran interés, pueden también ser muy duras en su juicio de los demás. Bajo ciertas circunstancias, la crueldad de su superyó puede dirigirse hacia otros bajo la forma de "indignación justifica-

da" (ver Schneider, 1950). Cuando estos pacientes no cumplen con sus propios estándares altos y sus expectativas, muestran las manifestaciones clínicas de la depresión.

Bajo circunstancias óptimas, el trabajo duro y el éxito externo pueden eventualmente dar a estos pacientes el sentido de haber cumplido con sus deberes y responsabilidades, y la vida ser más fácil para ellos en años posteriores. Pero si intentan lo imposible, se deprimen gradualmente con el transcurrir de la vida. Estos son los masoquistas morales que inconscientemente se colocan en circunstancias que inducirán sufrimiento o que lo experimentan como el precio de cualquier gozo que puedan permitirse.

Otros más de los masoquistas morales están más cercanos psicodinámicamente del trastorno histérico de la personalidad, particularmente mujeres con rasgos depresivo-masoquistas del carácter y severas prohibiciones inconscientes contra la libertad y el goce sexual. Pueden tolerar una experiencia sexual satisfactoria sólo cuando se realice bajo condiciones de sufrimiento objetivo o simbólico.

Los pacientes caracterizados por el trastorno depresivo-masoquista de la personalidad, también muestran una vulnerabilidad anormal a la decepción por parte de los demás, especialmente la pérdida del amor o del interés, y pueden hacer lo imposible con tal de obtener simpatía, amor y afirmación. En contraste con las personalidades narcisistas, que son sobredependientes de la admiración externa sin responder internamente con amor y gratitud para aquellos que los aman y admiran, la personalidad depresivo-masoquista es típicamente capaz de responder profundamente con amor, ser agradecida. Sin embargo, estos pacientes se hacen inconscientemente aferrados y demandantes y pueden desarrollar un grado anormal de conformidad con la otra persona, junto con un aumento gradual de las demandas implicadas en su excesiva dependencia del otro. Si la patología del otro se ajusta, el resultado puede ser una relación muy satisfactoria en el amor y el matrimonio.

El menos afortunado de estos pacientes muestra una sensibilidad excesiva a la pérdida del amor, un sentido inconsciente de ser rechazado y maltratado como una reacción a ofensas relativamente menores, y la tendencia a desquitarse de esta conducta percibida de los demás, intentando hacer que los otros sientan culpa o con una conducta de rechazo por su propia parte. Su actitud de "¿cómo pudiste hacerme esto a mí?" puede causar que los otros lo rechacen deveras, iniciando así un círculo vicioso que puede en forma eventual amenazar aun las relaciones personales profundas. Este sentido subjetivo de los pacientes respecto a ser rechazado, así como las frustraciones y pérdidas reales tienden a llevarlos a la depresión clínica. A través de los años, como señaló Laughlin (1967), la conciencia de su enorme necesidad de los demás, el peligro de abrigar esperanzas muy grandes y luego frustrarse, pueden producir una reacción secundaria de retraimiento cínico de las relaciones interpersonales.

El "metabolismo" imperfecto de la agregación en el trastorno depresivo-masoquista se muestra en la tendencia de estos pacientes a deprimirse bajo condiciones que normalmente producirían ira o rabia. La culpa inconsciente por esta ira (reforzando la culpa sentida inconscientemente a causa de la agresión hacia los objetos amorosos más tempranos) puede complicar sus relaciones interpersonales. Tienen propensión a experimentar ciclos en los que

expresan ira hacia quienes atacan "con derecho" o por quienes se sienten rechazados, luego se deprimen, se disculpan en exceso, se vuelven sumisos y complacientes, hasta que la ira secundario por la conformidad o sumisión se convierte en el próximo ataque de rabia. El punto de vista psicoanalítico tradicional de que los pacientes deprimidos dirigen la ira contra ellos mismos más que contra otros, parece típicamente ilustrado por estos casos.

La literatura psicoanalítica inicial solía incluir estas personalidades como subcategorías del carácter "oral" en un intento por clasificar la patología con base en "puntos de fijación libidinal". En este esquema el carácter histérico correspondía a fijaciones genitales, el obsesivo-compulsivo a fijaciones anales sádicas y el oral a fijaciones de dependencia oral. Esta clasificación primera fracasó por muchas razones. Clínicamente, sin embargo, el trastorno histérico de la personalidad, el obsesivo-compulsivo y el depresivo-masoquista son tipos de patología del carácter que reflejan un alto nivel de organización de la personalidad, una buena diferenciación de la estructura intrapsíquica tripartita, sólida identidad del yo, y predominancia de operaciones defensivas que se centran en la represión. Estos pacientes pueden estar sufriendo fuertemente por su patología del carácter y, sin embargo, tener un muy buen pronóstico para el tratamiento psicoanalítico. El hecho de que dos de estas tres categorías se hayan omitido en la clasificación de trastornos de la personalidad del DSM-III parece una seria deficiencia.

El Trastorno de la Personalidad por Evitación en el DSM-III parece relacionarse de alguna manera con la personalidad depresiva, pero esto no es, al parecer, lo que entienden Spitzer y Williams (1980), quienes señalan que la "distinción entre las categorías del DSM-III de Trastornos Esquizoide y de la Personalidad por Evitación se basa en si hay o no, un defecto en la motivación y capacidad para involucrarse emocionalmente (Millon). Se espera que esta distinción descriptiva tenga implicaciones terapéuticas y pronósticas" (pág. 1065).

Millon, uno de los miembros del Task Force on Nomenclature and Statistics responsable del DSM-III y del Advisory Committee on Personality Disorders, desarrolló su propio sistema teórico para clasificar trastornos de la personalidad basado en una combinación de patrones de adaptación aprendidos. Estos "pueden verse como formas complejas de conducta instrumental, o sea, formas de lograr reforzamiento positivo y de evitar reforzamientos negativos" (Millon, 1981, pág. 59). El siguiente cuadro resume la correspondencia entre la clasificación de Millon y el DSM-III.

Millon	DSM-III
Patrón pasivo-dependiente	Trastorno Dependiente
Patrón activo-dependiente	Trastorno Histriónico
Patrón pasivo-independiente	Trastorno Narcisista
Patrón activo-independiente	Trastorno Antisocial
Patrón pasivo-ambivalente	Trastorno Compulsivo
Patrón activo-ambivalente	Trastorno Pasivo-Agresivo
Patrón pasivo-retraído	Trastorno Esquizoide
Patrón activo-retraído	Trastorno de la Personalidad por Evitación

Millon también desarrolló dos inventarios de autorreportes para diagnóstico computarizado, el inventario multiaxil clínico de Millon, y el inventario conductual de la salud, de Millon. Su reciente texto (1981), proporciona ilustraciones detalladas de sus puntos de vista sobre la clasificación, y documenta la influencia que él ha tenido en el Task Force del DSM-III, al grado de que cuando menos 2 de las 11 categorías de trastornos de la personalidad en el DSM-III (el Trastorno de la Personalidad por Dependencia y el Trastorno de la Personalidad por Evitación) se relacionan directamente con su pensamiento. La calidad académica del análisis de Millon, la dimensión histórica de las clasificaciones de patología del carácter y de la personalidad que él esboza, y la consistencia interna de su sistema personal de clasificación deberían ser de gran interés para todos aquéllos que batallan con estos temas. Al mismo tiempo, el hecho de que la terminología de Millon, derivada de un sistema teórico tan personal no ligado en forma directa con la experiencia clínica psiquiátrica ordinaria, hubiera influido tan fuertemente en esta sección del DSM-III, suscita cuestionamiento respecto a la naturaleza ateórica asumida de la clasificación propuesta, y a las metas explícitas de desarrollar una terminología aceptable por los clínicos e investigadores de diversas orientaciones teóricas, y evitar la introducción de nueva terminología y conceptos que rompen con la tradición, excepto cuando claramente sea necesario. La franqueza de la descripción de Millon sobre su compleja relación y su influencia en el Task Force del DSM-III, habla por él, si no por la sección de trastornos de la personalidad.

El Trastorno de la Personalidad por Evitación se describe en el DSM-III como el que presenta una hipersensibilidad al rechazo, humillación o vergüenza, y una tendencia a interpretar sucesos innocuos como ridículos. Estas características no corresponden a rasgos depresivos de la personalidad tanto como a los trastornos narcisista y paranoide. La personalidad por evitación se describe como no dispuesta a hacer relaciones a no ser que se le den garantías excepcionalmente fuertes de una aceptación no crítica. La personalidad depresivo-masoquista, en contraste, tiene un enorme sentido de responsabilidad personal y el sentimiento de que tiene que hacer esfuerzos máximos para encontrarse y relacionarse con los demás, lo que se refleja socialmente en relaciones superficiales muy buenas con los otros, al costo de un gran estrés, tensión y constantes dudas de que merezca el amor y la amistad de los demás.

En el DSM-III el Trastorno de la Personalidad por Evitación se describe como retraído socialmente, como la personalidad esquizoide excepto por un deseo de compromiso social y un particular estado de alerta a la crítica. La personalidad depresiva no presenta retraimiento social del tipo y gravedad mostrados por la personalidad esquizoide. Más aún, puede cuestionarse el que las personalidades esquizoides no presenten un deseo por compromiso social y no sean sensibles a la crítica; el intercambio clínico intenso con personalidades esquizoides revela que éstas poseen una realidad intrapsíquica mucho más compleja de la que inicialmente transmiten. Aquí, el descuido de las exploraciones psicodinámicas de la personalidad esquizoide empobrece su descripción. Cualquiera que sea el significado o utilidad clínica que proporcione el concepto de Trastorno de la Personalidad por Evitación, el trastorno

depresivo-masoquista de la personalidad definitivamente hace falta en el DSM-III. El llamado Trastorno Distímico —depresión neurótica o neurosis depresiva, diríamos— no corresponde a la personalidad depresivo-masoquista sino a un complejo sintomático que puede activarse por la descompensación de otros trastornos de la personalidad, como, típicamente, la personalidad narcisista. O el Trastorno Distímico podría ser sólo una expresión directa de conflicto intrapsíquico inconsciente no estructurado en una patología del carácter.

Otros trastornos de la personalidad también hacen falta en el DSM-III. Por ejemplo, la "personalidad como si", la "personalidad sadomasoquista", y la "personalidad hipomaniaca" hacen falta, y la Personalidad Inadecuada del DSM-I y DSM-II también se ha retirado de circulación. Pudiera argumentarse que se omitieron porque su base descriptiva es muy estrecha, que están íntimamente ligadas al psicoanálisis como sistema teórico o a que su frecuencia clínica es baja. Yo creo que, aunque la "personalidad inadecuada" rara vez se presentaba, correspondía a una constelación clínica existente.

Por otra parte, los 11 trastornos de la personalidad seleccionados para discusión en el DSM-III incluyen cuando menos 3 recién llegados de nivel cuestionable: la Personalidad Evasiva mencionada; la Personalidad Dependiente, otra aparente contribución de Millon y la Personalidad Esquizotípica. He planteado ya varias cuestiones respecto a la Personalidad Evasiva, aquí añadiría sólo que encontré problemáticas las ilustraciones clínicas de los tes tipos en el *Case Book* del *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1981). El caso del "tenedor de libros" (pág. 59) ilustración del Trastorno de la Personalidad por Evitación, se presenta en una descripción de dos párrafos que yo encontraría altamente inadecuada para cualquier diagnóstico de la personalidad. El caso de la "hermana triste" (pág. 175) es sobre una mujer solitaria que ha tenido un temor extremo de los hombres y corta las relaciones potenciales con ellos porque teme que eventualmente la rechazarán; apoya las buenas causas, es competente y responsable en su trabajo como asistente de un maestro, y tiene como únicos contactos a una hermana y a un amigo cercano de su época de escuela. Con base en esta descripción resumida, podríamos pensar en la posibilidad de un trastorno esquizoide o, con más exploración, quizá rasgos histéricos importantes. De cualquier modo, hay poca evidencia de su deseo de afecto y aceptación "con aprobación incondicional", lo que es supuestamente central en la Personalidad Evasiva.

Los casos de Trastornos de la Personalidad por Dependencia en el *Case Book* del *DSM-III*, de inmediato suscitan la cuestión de la relación entre este trastorno y el Trastorno Pasivo-Agresivo. Este último es una categoría que primero surgió en el DSM-I y ha sobrevivido en el DSM-II y DSM-III. Las descripciones originales (Whitman y cols., 1954; Rabkin, 1965; Small y cols., 1970) dieron una base en cierto modo estrecha pero en forma descriptiva clara y clínicamente relevante; y esta categoría ha sido un dispensario diagnóstico útil para trastornos que no caen con facilidad en ninguna otra categoría importante. Es una buena ilustración de una categoría clínicamente útil y relativamente ateórica.

En el DSM-III, el Trastorno de la Personalidad por Dependencia resurgió con una independencia reciente. El manual no hace referencia a los proble-

mas diagnósticos o a ninguna otra razón para distinguir esta clasificación del Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad. Los casos correspondientes en el *Case Book* del *DSM-III*, ilustran esta ambigüedad.

El "psiquiatra terco", diagnosticado como Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad (pág. 40), muestra actitudes dependientes inapropiadas, fuertemente implícitas (y no reconocidas) hacia su esposa; al paciente de "la sangre es más gruesa que el agua" (pág. 47) que rompió con su novia porque la madre de él la desaprobaba, se le diagnostica como dependiente en tanto que muestra claramente, sin embargo, una conducta pasivo-agresiva hacia su madre. La ilustración del otro caso de Trastorno de la Personalidad por Dependencia (pág. 73), el del "mangoneado", un homosexual que resiente su papel excesivamente pasivo con su amigo pero se le dificulta con seguir erecciones con otros hombres, parece presentar un trastorno de personalidad mucho más complejo de lo que puede hacerse caber bajo la etiqueta Trastorno de la Personalidad por Dependencia. Aunque en este caso el diagnóstico fue sólo "provisional", la razón fue que "la conducta dependiente está claramente presente en su relación actual, pero hay información inadecuada para determinar si esto es característico de su funcionamiento a largo plazo". En otras palabras, la naturaleza provisional del diagnóstico no se derivó de las distorsiones y complejidad de su vida sexual. El paciente, a propósito, también recibió el diagnóstico de Excitación Sexual Inhibida, pero su homosexualidad no se mencionó en el diagnóstico. Podemos asumir, por lo tanto, que este paciente estaba a gusto con su homosexualidad.

El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad presenta problemas clínicos y teóricos importantes. Spitzer y Williams (1980, pág. 1065) declaran: "Los criterios para el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad, se desarrollaron para identificar individuos descritos con Esquizofrenia Límite (Spitzer y cols.). Hay evidencia de que la Esquizofrenia Crónica es más común entre miembros de la familia de individuos descritos con Esquizofrenia Límite, que entre la población general (Rosenthal y Kety)". Aquí hay un claro prejuicio teórico; se creó una categoría que encajaría en un concepto del espectro de la esquizofrenia basado en la investigación de rasgos genéticos en la esquizofrenia.

La evidencia para el concepto de un espectro de la esquizofrenia es muy convincente, pero debiera tenerse en mente que algunos de los parientes biológicos de pacientes esquizofrénicos que presentan lo que Hoch y Polatin (1949), llamaron "esquizofrenia seudoneurótica", y otros "esquizofrenia límite" o "esquizofrenia ambulatoria", pueden sufrir versiones subclínicas o más leves de enfermedad esquizofrénica, más que de un trastorno de la personalidad. De hecho, toda la literatura contemporánea sobre la investigación de trastornos límite se originó en un esfuerzo por clarificar si la "esquizofrenia límite" existe y el grado al que uno puede diferenciar este grupo en (a) pacientes con estructuras de "personalidad psicótica" o formas "atípica", "latente", "simple" o "residual" de enfermedad esquizofrénica, y (b) personalidades límite propias que definitivamente no son psicóticas. Los estudios epidemiológicos, incluyendo entrevistas clínicas de parientes biológicos de sujetos esquizofrénicos, quizá no proporcionen la clase de evidencia discriminatoria sutil que contestaría a estas preguntas, en contraste con participación diagnóstica y terapéutica intensivas a largo plazo con poblaciones de pacientes, o la investigación empírica dirigida por Grinker y cols. (1968), Gunderson (1982), Perry y Klerman (1980), Kroll y cols. (1981), y otros.

En el *Case Book* del *DSM-III*, la "clarividente" (pág. 95), diagnosticada como Trastorno Esquizotípico presenta despersonalización, desrealización, pensamiento mágico, ideas de referencia (que no fueron confrontadas respecto a su calidad delirante), lenguaje extraño, suspicacia y prueba de realidad evaluada sólo al grado de determinar que no tenía alucinaciones o delirios. No tenemos forma de saber si sus ideas de referencia y su suspicacia se exploraron en forma apropiada. El comentario del libro de casos dice: "El clínico podría preocuparse por lo que pareció un episodio psicótico previo en esta paciente, en cuyo caso los síntomas actuales serían indicativos de la fase residual de Esquizofrenia. A falta de esa historia, sin embargo, lo más apropiado es un diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad" (pág. 96). El otro caso de Personalidad Esquizotípica presenta retraimiento social, pensamiento mágico, empatía inadecuada, lenguaje extraño e hipersensibilidad a la crítica (viendo crítica donde no hubo intención de hacerla). De nuevo, el comentario dice: "Hay muchas similitudes entre el Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y los síntomas observados en el subtipo Residual de Esquizofrenia, pero la falta de una historia de rasgos piscóticos expresos excluye tal diagnóstico" (pág. 235).

En mi opinión el diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad es problemático. Una evaluación cuidadosa de la prueba de realidad en la situación clínica puede identificar pacientes con pérdida real de ella y estructura de personalidad psicótica en contraste con aquéllos en quienes el mantenimiento de la prueba de realidad corresponde claramente al diagnóstico de Personalidad Esquizoide. Es como si un extremo de la esquizofrenia se hubiera insertado en la sección sobre trastornos de la personalidad, la contraparte de la notable restricción de la esquizofrenia a una psicosis de cuando menos seis meses de duración, de modo que cualquier enfermedad esquizofrénica que dure aunque sea unos cuantos días a menos de seis meses, se clasificaría como un Trastorno Esquizofreniforme. Sería preferible, no restringir la esquizofrenia tan artificialmente y, desde un punto de vista clínico, hacer el diagnóstico aún en casos que no presentan un cuadro tan florido y en los que el enfoque para tratamiento y el pronóstico son diferentes a los que corresponden a los trastornos de la personalidad.

Con toda justicia, pudiera también argumentarse que la introducción del diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad como intermediario entre el Trastorno Esquizofrénico y el Trastorno Esquizoide de la Personalidad refleja una aproximación sofisticada a la interrelación de los diversos sectores de diagnóstico, la delimitación de un área obscura que liga los trastornos de la personalidad con las psicosis. Encontramos, sin embargo, que los trastornos de personalidad correspondientes en el lado afectivo se han clasificado ahora entre los Trastornos Afectivos. Así, como ya mencionamos, el Trastorno Ciclotímico (correspondiente a la Personalidad Ciclotímica en el DSM-II) se clasifica junto con el Trastorno Distímico o Neurosis

Depresiva dentro de los Trastornos Afectivos. Aquí el problema mencionado al discutir la personalidad depresiva se complica.

Si concebimos a los trastornos de la personalidad en una secuencia de gravedad desde la personalidad depresiva hasta la hipomaniaca y la ciclotímica, con un área en la que los trastornos afectivos y los de la personalidad se traslapan, todo el espectro afectivo de trastornos de la personalidad permanecería unido, como sucede con los trastornos esquizoide y esquizotípico. El DSM-III, sin embargo, restringe inconsistentemente la esquizofrenia y amplía los trastornos afectivos. Frances (1980), ha llamado la atención a una inconsistencia similar en el manejo de trastornos del espectro en el DSM-III. Esta inconsistencia se extiende por igual a una tercera dimensión, quizá aún más importante que la relación de los trastornos de la personalidad con la esquizofrenia y los trastornos afectivos, a saber, la relación de los trastornos de la personalidad con las neurosis sintomáticas o psiconeurosis. Ya que las neurosis se han dispersado a través del DSM-III, la relación entre reacciones depresivas y trastornos de la personalidad se corta, y la relación entre la personalidad histérica y la histeria de conversión y trastornos disociativos ha desaparecido. La histeria de conversión se ha dividido en Trastorno de Somatización (cuando una mujer tiene más de 14 síntomas o un hombre más de 12) y Trastorno de Conversión (14 o menos síntomas en mujeres, 12 o menos síntomas en hombres). La Personalidad Obsesivo-Compulsiva del DSM-II se ha rebautizado Trastorno Compulsivo de la Personalidad "para evitar confusión con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo".

Esta disociación artificial de los trastornos de la personalidad, de las neurosis sintomáticas y el volver a bautizar y reacomodar las neurosis sintomáticas a través del DSM-III, aumenta más que reducir los problemas de la relación entre trastornos de la personalidad y psicopatología en general. Además, diversos trastornos de la personalidad se han colocado fuera del sector de la personalidad, como el ya mencionado Trastorno Ciclotímico, los Trastornos del Control de los Impulsos No Clasificados en Otros Apartados, que incluyen la personalidad explosiva (bajo el nombre de Trastorno Explosivo Intermitente), y varios trastornos de la personalidad impulsiva (bajo el encabezado de Juego Patológico, Cleptomanía y Piromanía), añadidos al Trastorno del Control de los Impulsos Atípicos.

En el diagnóstico de trastornos límite de la personalidad, el Task Force del DSM-III se enfrentó con la terminología a veces idiosincrásica usada por clínicos, investigadores y teóricos y con sus diversas ideas sobre lo que este diagnóstico exactamente incluía. Por ejemplo, Gunderson (1977, 1982; Gunderson y Singer, 1975; Gunderson y cols., 1981) considera el trastorno límite de la personalidad como una entidad diagnóstica estrecha, estrictamente delimitada, con características clínicas que corresponden muy de cerca a las definidas en el DSM-III y aproximadamente correspondientes a la personalidad infantil o a los tipos más graves de personalidad infantil a que nos referimos antes. En contraste, Grinker (1975), presenta un espectro muy amplio de los trastornos límite, al igual que Rosenfeld (1979a, 1979b) Searles (1978), Giovacchini (1979), Masterson (1980) y Rinsley (1980). Stone (1980) y Kernberg (1975; también capítulos 1 y 2) adoptan una posición intermedia que considera que la organización límite de la personalidad es una entidad diagnóstica psicoestructural en la que convergen predisposiciones genéticas y psicodinámicas y disposiciones de temperamento. Para fines prácticos, hubo que tomar la decisión de si la organización límite debería introducirse como un concepto estructural (indicando la gravedad de la patología del carácter o trastorno de la personalidad) o en un sentido restringido correspondiente a los conceptos de Gunderson y de otros.

El DSM-III optó por la definición restringida pero ésta no ha sido consistente. Primero, el énfasis de Gunderson sobre el desarrollo de episodios psicóticos breves en estos pacientes no se incluyó entre los criterios esenciales —a pesar de la importante evidencia clínica y de investigación— y menciona sólo como un comentario: "El trastorno distímico y la depresión grave, así como los trastornos psicóticos, como una psicosis reactiva breve, pueden ser complicaciones" (DSM-III, pág. 322). Además, el DSM-III muestra un impresionante traslado del Trastorno Límite de la Personalidad y del Trastorno Histriónico (al que nos referimos antes). Ambos se describen con grave patología de las relaciones objetales, inestabilidad afectiva, actos físicos autodestructivos, impulsividad, autodramatización y trastornos psicóticos transitorios. La perturbación de la identidad, mencionada correctamente para el trastorno límite de la personalidad también se menciona para la personalidad histriónica. Pope y cols. (1983), concluyeron que aunque el trastorno límite podía distinguirse rápidamente de la esquizofrenia en el DSM-III y no parecía representar al "trastorno límite afectivo", no pudo distinguirse en ninguno de los índices de los trastornos histriónico y antisocial.

Parece que la inclusión de la personalidad límite y de la histriónica representa una especie de solución de compromiso, con efectos que confunden. Quizá el término Trastorno Histriónico de la Personalidad y la descripción correspondiente se relacionen con el interés de D. Klein (1975, 1977), por clasificar el espectro límite según la respuesta psicofarmacológica, y quizá su participación en el Task Force, influyó en esta nomenclatura, igual que la selección de los trastornos de la personalidad por evitación y por dependencia refleja el pensamiento de Millon. En el concepto general del trastorno límite, estoy de acuerdo con el énfasis de Millon en la importancia de una clasificación de trastornos de la personalidad que consideraría la gravedad de la enfermedad en adición a una constelación particular de rasgos patológicos del carácter. Millon escribe:

> Una aspiración inicial del comité fue la diferenciación de tipos de personalidad siguiendo la dimensión de la gravedad; desafortunadamente los criterios para estas distinciones nunca se desarrollaron. Más que hacer discriminaciones respecto a la gravedad, como propusieron Kernberg y Millon, los componentes del Task Force agruparon los síndromes de la personalidad en tres claustros sintomatológicos. El primero incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, unificados como un grupo en cuanto a que sus conductas aparecen raras y excéntricas. El segundo clasifica los trastornos histriónicos, narcisista, antisocial y límite agrupados juntos con base en su tendencia a conducirse en forma dramática, emocional o errática. El tercer claustro agrupa las personalidades evasiva, dependiente, compulsiva y pasivo-agresiva, con fundamento en que estos tres tipos a menudo aparecen ansiosos o temerosos. Un memorándum repartido por el autor (o sea, Millon) para discusión en la junta del Task Force en junio de 1978 se refería a estos claustros recomendados, como sigue:

Nunca entendí del todo la importancia de las dimensiones que nos llevaron a clasificar los trastornos de la personalidad en la forma descrita. Cualquier número de dimensiones diferentes podía haber sido seleccionado para agrupar los 11 trastornos de la personalidad en cualquiera de un número infinito de arreglos de grupos o combinaciones. Por qué se seleccionó de entre éstos el que se sugiere específicamente en el texto, no es claro para mí. ¿Tiene algún significado para el pronóstico, alguna importancia etiológica o alguna lógica en términos de un modelo teórico deductivo? Si yo fuera a desarrollar un claustro o un marco de referencia factorial para los trastornos de la personalidad, estoy seguro que produciría un esquema diferente al sugerido. Las características especificadas son bastante claras, pero ¿qué valor tiene saber que tres son "excéntricas", cuatro son "emocionales" y otras cuatro aparecen como "ansiosas"?

Mi propia preferencia sería, o desechar el agrupamiento completo y listarlo alfabéticamente, o agruparlos en términos de su prevalencia conocida o de su gravedad potencial" (1981, pág. 63).

Millon compara luego sus puntos de vista con los míos, señalando en forma precisa que yo doy "primordial atención . . . a las características estructurales *internas* de la personalidad, en tanto que Millon considera que se da al sistema social *externo* y a la dinámica interpersonal un nivel equivalente al de la organización interna" (Millon, 1981, pág. 63).

En el lado positivo de este problemático sector de los trastornos de la personalidad en el DSM-III, las descripciones del Trastorno Paranoide de la Personalidad y del Trastorno Narcisista de la Personalidad son esencialmente satisfactorios. El primero es una buena ilustración de una descripción clásica de psiquiatría clínica que ha mantenido su utilidad clínica sin considerar las diversas concepciones teóricas de su etiología, psicopatología y tratamiento. La descripción del Trastorno Narcisista de la Personalidad incluye contribuciones recientes de estudios psicoanalíticos y reconoce los criterios descriptivos derivados de investigaciones clínicas psicoanalíticamente orientadas. La única omisión es la mención de los fuertes conflictos de estos pacientes respecto a la envidia, consciente o inconsciente, y los grados de gravedad clínica.

La descripción del Trastorno Antisocial de la Personalidad se basa extensamente en el trabajo de Robins (1966), quien fue miembro del Advisory Commitee on Personality Disorders of the DSM-III Task Force. Convengo con Frances (1980), también miembro de ese comité, quien declaró: "Los criterios del DSM-III para diagnóstico, especificando la personalidad antisocial, son en verdad claros y confiables y han sido los más cuidadosamente estudiados. . ., pero quizá hayan echado de menos el punto de clínico más importante. Usando cirterios comparables a los del DSM-III, aproximadamente 80% de todos los criminales se diagnostican como antisociales". Frances luego señala la ausencia en el DSM-III de criterios clínicos tan cruciales como "la capacidad del individuo para la lealtad a los demás, culpa, ansiedad anticipatoria y aprendizaje de las experiencias pasadas" (pág. 1053).

Ya me he referido brevemente al diagnóstico de Trastorno Esquizoide de la Personalidad, que es esencialmente aceptable pero de algún modo se empobrece por su falta de inclusión de alguna consideración sobre las contribuciones contemporáneas al estudio de rasgos clínicos y dinámicos en pacientes con este trastorno (Fairbairn, 1954; Guntrip, 1968; Rey, 1979). Las personalidades esquizoides pueden experimentar una aguda conciencia del ambiente que los rodea, una sintonización emocional con los demás, y aún así, un sentido de indisponibilidad de sentimientos. En contraste con las que declara el DSM-III (pág. 310), muchas de ellas no son "sin sentido del humor o aburridas y sin afecto en situaciones en las que una respuesta emocional sería apropiada", y experimentan sufrimiento muy intenso a causa de su falta de acceso fácil y sus propios sentimientos por los demás. Sin embargo, para fines prácticos, la categoría diagnóstica sí permite el diagnóstico clínico de este tipo común de trastorno de la personalidad.

En otra parte (1976), he sugerido una clasificación de patología del carácter basada en criterios psicoanalíticos, psicoestructurales. En un resumen muy simplificado, esta clasificación concibe un tipo neurótico o de patología del carácter de alto nivel incluyendo, predominantemente, las personalidades histérica, obsesivo-compulsiva y depresivo-masoquista; un nivel intermedio que incluye las personalidades narcisistas de mejor funcionamiento, algunas personalidades infantiles y personalidades pasivo-agresivas; y un "nivel bajo" u "organización límite de personalidad" que incluye la mayoría de casos de personalidades infantiles y narcisistas y prácticamente todas las esquizoides, paranoides e hipomaniacas, además de las "como si" y las antisociales. Los criterios descriptivo-fenomenológicos de los diversos tipos de patología del carácter y los criterios estructurales de la organización límite refuerzan mutuamente la precisión del diagnóstico clínico y poseen relevancia pronóstica y terapéutica.

Yo creo, en suma, que la clasificación del DSM-III de los trastornos de la personalidad requiere revisión. Es notable cuántos problemas diagnósticos se han creado por esta sección relativamente pequeña del sistema de clasificación del DSM-III y cómo los criterios y objetivos trazados en la introducción al mismo no se han tomado en cuenta. Se introdujo nueva terminología por razones que no son claras; se ha descuidado la experiencia clínica y las necesidades de los clínicos; y se han incluido categorías traslapadas, innecesariamente, en tanto que se echan de menos constelaciones esenciales. El DSM-III no es, por supuesto, excepcional en las clasificaciones problemáticas; hubo problemas significativos con el DSM-I, y el DSM-II también. Si bien podemos tener esperanzas que el DSM-IV mejore la situación, es sólo realista esperar nuevos problemas junto a nuevas soluciones. En el fondo, el campo está fluyendo, cambiando, y las fuertes predisposiciones teóricas conflictivas, encuentran expresión en las maniobras políticas activadas por el método burocrático con el que se producen los DSM. Para máxima efectividad a la luz de nuestro conocimiento actual, una clasificación óptima de los trastornos de la personalidad debería incluir igualmente una aproximación categórica hacia diferentes tipos de constelaciones de la personalidad y un enfoque dimensional que se refiera al nivel de gravedad de estos trastornos y a las relaciones internas de los subgrupos entre sí.

II. Tratamiento de las Personalidades Límite

6

Psicoterapia de expresión

ANTECEDENTES TEORICOS

Debido a que los principales contribuyentes al estudio del tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite se inclinan hacia una definición amplia de la personalidad límite, los pacientes sobre quienes escriben pudieran clasificarse bajo diferentes encabezados del DSM-III y por los investigadores que suelen preferir una definición más estrecha.

Rinsley (1980) y Masterson (1976, 1978, 1980), por ejemplo, se interesan primordialmente en pacientes que, según mi punto de vista (ver capítulo 5), corresponden a la personalidad infantil. Sus pacientes parecen corresponder también al concepto de Gunderson (1977, 1982), sobre el trastorno límite de la personalidad y a lo que el DSM-III califica de Trastorno Histriónico de la Personalidad y Trastorno Límite de la Personalidad. Rosenfeld (1979a), se centra principalmente en pacientes límite con rasgos predominantemente narcisistas y paranoides, comparables con lo que el DSM-III describe en los criterios para Trastorno Narcisista de la Personalidad y Trastorno Paranoide de la Personalidad. Fairbairn (1954), y Rey (1979), enfatizan en los rasgos esquizoides de los trastornos límite característicos de los Trastornos Esquizoide y Esquizotípico de la Personalidad en el DSM-III. En resumen, la literatura sobre la psicoterapia intensiva de los trastornos límite cubre un espectro de psicopatología relacionado con diversos tipos de patología del carácter o trastornos de la personalidad. En mi punto de vista, todos estos tipos comparten las caraterísticas estructurales de la organización límite de la personalidad; según los demás autores citados, comparten características comunes de desarrollo y genéticas (en un sentido psicoanalítico).

Mahler (1971, 1972; Mahler y Kaplan, 1977), ha brindado marcos de referencia clínicos y teóricos para estas características genéticas y de desarrollo. Todas las descripciones clínicas en los trabajos de los mencionados psicoterapeutas y en los de otros que han realizado psicoterapia intensiva en pacientes límite, incluyen rasgos comunes a pacientes con patología límite (Winnicott, 1958, 1965; Bion, 1967; Khan, 1974; Volkan, 1976; Green, 1977; Little, 1981). Con excepción de Bion, estas autoridades distinguen entre la manera en que tratan a los pacientes límite, a los neuróticos, pacientes con patología no límite y psicóticos. En otra parte, he intentado sintetizar las características clínicas de los pacientes límite, desarrollando al mismo tiempo un marco de referencia explicativo –una teoría psicoestructural de las relaciones objetales– que enlaza sus características descriptivas y estructurales con sus desarrollos transferenciales y con el proceso terapéutico (1975, 1976, 1980). Los psicoanalistas y psicoterapeutas mencionados llegaron a conclusiones similares a las mías: La teoría de las relaciones objetales constituye un valioso marco de referencia y brinda un postulado explicativo para las características clínicas de estos pacientes y su proceso terapéutico. En el pasado, bajo la influencia del trabajo pionero de Knight (1953a), el tratamiento considerado óptimo para los pacientes límite era la psicoterapia de apoyo. Sin embargo, en forma gradual muchos clínicos que trabajaban intensamente con pacientes límite cambiaron a un enfoque psicoterapéutico psicoanalítico (o de expresión) para la mayoría de ellos. Para algunos pacientes se consideró todavía posible el psicoanálisis no modificado.

El Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project (Kernberg y cols., 1972) intentaba comparar los efectos del psicoanálisis, de la psicoterapia de expresión y de la psicoterapia de apoyo –el espectro total de las psicoterapias de derivación psicoanalítica– en los pacientes con "buena fortaleza del yo" (mayormente patología neurótica del carácter y neurosis sintomáticas) y en aquellos con "debilidad del yo" (patología límite del carácter). Los resultados de la investigación llevaron a la conclusión de que el mejor tratamiento para pacientes con debilidad del yo puede ser un enfoque de expresión, con poca estructura proporcionada durante las horas de tratamiento y tanta hospitalización simultánea (estructuración ambiental) como necesite el paciente. Este enfoque contrasta con un tratamiento puramente de apoyo, el cual brinda bastante estructura durante las horas de tratamiento, pero no apoyo hospitalario.

Otros enfoques psicoterapéuticos derivados psicoanalíticamente para los trastornos límite emplean más modificaciones de técnica. Masterson (1972, 1976, 1978), por ejemplo, diseñó una forma especial de psicoterapia engranada a la resolución de la "depresión por abandono" y a la corrección y reparación de los defectos del yo que acompañan a la fijación oral narcisista de estos pacientes y que alienta al crecimiento a través de las etapas de separación-individuación hasta autonomía. Propuso que la psicoterapia con pacientes límite debería comenzar en forma de apoyo y que la psicoterapia intensiva, reconstructiva, psicoanalíticamente orientada es por lo general una ampliación y una consecuencia de la psicoterapia de apoyo. Masterson subraya la importancia de analizar las transferencias primitivas y ofrece una descripción ampliada de dos unidades mutuamente escindidas de relaciones objetales parciales (la unidad libidinal o de recompensa, y la unidad agresiva o de retraimiento), combinando así un punto de vista de relaciones objetales con un modelo de desarrollo basado en el trabajo de Margaret Mahler.

Rinsley (1977) y Furer (1977), forman también parte de un creciente grupo de terapeutas psicoanalíticamente orientados que combinan una teoría psicoestructural de las relaciones objetales con un modelo de desarrollo que se origina en el trabajo de Mahler (Mahler 1971, 1972; Mahler y Furer, 1968; Mahler y Kaplan 1977). Giovacchini (1975), Bergeret (1970), Green (1977), Searles (1977), y Volkan (1976) han aplicado también modelos derivados de la teoría de las relaciones objetales. Searles enfatiza particularmente en la comprensión de las características de los desarrollos de transferencia y contratransferencia en el tratamiento de pacientes límite y psicóticos. Resúmenes completos de algunos de estos enfoques pueden encontrarse en Hartocollis (1977) y en Masterson (1978).

En tanto que los autores norteamericanos basan su enfoque esencialmente en un modelo de psicología del yo que incorpora los recientes descubrimientos sobre el desarrollo y las teorías psicoestructurales de las relaciones objetales, la escuela británica de psicoanálisis (originalmente identificada con ciertas teorías de las relaciones objetales) sigue influyendo en los enfoques técnicos hacia los pacientes límite. El trabajo de Little (1957, 1960, 1966) se centraba principalmente en la técnica. Aunque ella presumía que la mayoría de los pacientes descritos eran límite, su implicación de que éstos presentaban una falta de diferenciación entre el sí mismo y los objetos y sus propuestas técnicas para ayudarlos a desarrollar un sentido de unicidad y separatidad parecían fijarse en la patología de la subfase temprana de diferenciación de separación-individuación. Sus puntos de vista están de alguna manera relacionados con los de Winnicott, pero los pacientes de ella parecen tener mayor regresión que los de él.

Winnicott (1960b), subrayaba la necesidad del terapeuta de permitir al paciente desarrollar su "verdadero sí-mismo" evitando "presionarlo" en ciertas etapas de la regresión terapéutica. La función óptima del terapeuta bajo estas condiciones, decía, era la de un objeto de "sostén" o "apoyo", similar al cuidado maternal básico para los pacientes que carecieron de cuidado maternal normal. En tales momentos, Winnicott sugería, tiene lugar una regresión silenciosa, lo que equivale a una forma primitiva de dependencia del analista experimentado como una "madre que sostiene". Winnicott pensaba que la presencia intuitiva, empáticamente comprensiva del analista era más útil que los efectos perturbadores y entrometidos de la interpretación verbal.

Este concepto se relaciona con la teoría de Bion (1967), de que la ensoñación intuitiva de la madre (Bion la llama "reverie") le permite incorporar las experiencias primitivas, fragmentadas, dispersas y proyectadas del bebé en momentos de frustración e integrarlas mediante su comprensión intuitiva de la situación difícil total del bebé en ese punto. La intuición de la madre, dice Bion, actúa así como un "contenedor" que organiza el "contenido" proyectado. En forma similar, los elementos patológicos dispersos, distorsionados de la experiencia de regresión del paciente se proyecta sobre el analista de modo que el paciente puede usarlo como un "contenedor" —un organizador, pudiera decirse— de lo que el paciente no puede tolerar experimentar en él mismo.

En resumen, Winnicott y Bion subrayan la habilidad del terapeuta que trabaja con pacientes límite para poder integrar aspectos cognoscitivos y

emocionales en su comprensión de la situación terapéutica, centrándose Bion en el aspecto cognoscitivo ("contenedor") en contraste con el énfasis de Winnicott sobre el emocional ("de sostén"). Cierta confusión en la literatura se origina en que algunos de los que escriben sobre la psicoterapia de la personalidad límite suelen no diferenciar la psicoterapia de expresión del psicoanálisis. Me parece que estos autores —por ejemplo, Giovacchini (1978), Little (1981), Searles (1979), y Winnicott (1958, 1965)— en realidad modifican su técnica lo suficiente de modo que lo que hacen en su práctica no es un psicoanálisis estándar. La ventaja, creo, de distinguir con claridad entre psicoterapia de expresión y psicoanálisis es que permite una delimitación más precisa de un enfoque psicoterapéutico específico para los pacientes límite.

Esta revisión no estaría equilibrada, sin embargo, si no mencionara que la práctica clínica a menudo se aparta del tratamiento de expresión recomendado en la mayor parte de la literatura. Un gran número de pacientes límite, quizá la mayoría, se tratan con una mezcla de técnicas de expresión y de apoyo o con una modalidad que emplea sesiones no frecuentes (una a la semana, o menos), lo que significa un cambio de una modalidad de expresión deseada a una de apoyo. La respuesta clínica a la intervención en crisis y hospitalización breve, junto con una estructura ambiental clara y firme, indica que un enfoque de apoyo es efectivo, cuando menos en los tipos de psicoterapia a corto plazo. Otra observación clínica cotidiana es que muchos pacientes límite se mantienen como pacientes externos mediante una relación psicoterapéutica de apoyo a largo plazo.

La literatura específica sobre la psicoterapia de apoyo de los trastornos límite es muy escasa. Los enfoques "puramente" de apoyo recomendados con anterioridad por Knight (1953b) y Zetzel (1971), y todavía invocados por Grinker (1975), han variado hacia la recomendación de que las técnicas de apoyo se usen sólo en las etapas iniciales de la psicoterapia psicoanalítica para dichos trastornos (Masterson, 1978). Adler y Buie (1979), Modell (1976), y Volkan (1979) subrayan los efectos de apoyo de la función de sostén del terapeuta pero proponen una técnica esencialmente de expresión para los pacientes límite desde el principio del tratamiento.

Con base en los descubrimientos del proyecto Menninger, he propuesto rechazar la hipótesis tradicional de Knight (1953b) y Zetzel (1971), entre otros, de que en tanto más distorsionado o débil el yo del paciente, el tratamiento que necesita será más de apoyo (Kernberg, 1975). También cuestiono la persistente tradición de mezclar técnicas de expresión y de apoyo, particularmente para la organización límite de la personalidad. La observación clínica consistente es que el uso de técnicas de apoyo elimina la neutralidad técnica y, en la misma forma, la posibilidad de interpretar la transferencia. Ya que el paciente límite induce en el terapeuta fuertes corrientes emocionales que hacen que éste abandone una posición de neutralidad técnica, se hace imposible la interpretación de estas áreas centrales de transferencia. Al mismo tiempo, el terapeuta, en un esfuerzo por conservar una actitud esencialmente analítica, en tanto mezcla técnicas de expresión y de apoyo, tiende a reprimirse en el uso de medidas de apoyo, debilitando así los rasgos expresivos y de apoyo de la psicoterapia.

Usando las especificaciones de Gill (1954), puede definirse la técnica de psicoanálisis por (1) la adhesión consistente del analista a una posición de neutralidad técnica; (2) su uso consistente de la interpretación como una herramienta técnica, y (3) su facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia plenamente desplegada y de su resolución psicoanalítica sólo por la interpretación. De hecho, un espectro de las psicoterapias psicoanalíticas desde el psicoanálisis hasta las psicoterapias de apoyo puede diferenciarse en términos de estos tres rasgos básicos. Lo que sigue es una descripción de la psicoterapia de expresión para pacientes con una organización límite de la personalidad.

TECNICA DE LA PSICOTERAPIA DE EXPRESION

La psicoterapia de expresión para los trastornos límite puede describirse en términos de variaciones sobre los tres elementos técnicos esenciales de Gill. Debido a que las transferencias primitivas están disponibles de inmediato, predominan como resistencias, y de hecho determinan la gravedad de perturbaciones intrapsíquicas e interpersonales, el terapeuta puede y deberá centrarse en ellas inmediatamente, comenzando por interpretarlas en el aquí-y-ahora. La reconstrucción genética deberá intentarse sólo en las etapas avanzadas del tratamiento, cuando las transferencias primitivas determinadas por relaciones objetales parciales se han transformado en transferencias de más alto nivel o en relaciones objetales totales. En ese punto, las transferencias se acercan a las experiencias más realistas de la niñez que se prestan a tales reconstrucciones. La interpretación de la transferencia requiere conservar una posición de neutralidad técnica, pues las transferencias primitivas no pueden interpretarse sin un mantenimiento firme, consistente y estable de los límites de la realidad en la situación terapéutica. El terapeuta debe estar siempre alerta a la posibilidad de ser atrapado en la reactivación de las relaciones objetales primitivas patológicas del paciente. Ya que tanto la interpretación de la transferencia como la posición de neutralidad técnica requieren el uso de clarificación e interpretación y contraindican el uso de técnicas de sugerencias y manipuladoras, las principales técnicas son la clarificación y la interpretación.

Sin embargo, el análisis de la transferencia en contraste con el psicoanálisis propio, no es sistemático. El análisis de la transferencia debe centrarse en la gravedad del "acting out" y en las perturbaciones de la realidad externa del paciente que quizá amenacen la continuidad del tratamiento y la supervivencia psicosocial del mismo. A causa de esto y también porque el tratamiento, como parte del "acting out" de las transferencias primitivas, llega com facilidad a reemplazar la vida, la interpretación de la transferencia debe codeterminarse por tres grupos de factores: (1) los conflictos que predominan en la realidad inmediata; (2) las metas globales específicas del tratamiento, así como la diferenciación consistente de las metas vitales de los objetivos del tratamiento (Ticho, 1972), y (3) qué es lo que prevalece inmediatamente en la transferencia.

Además, la neutralidad técnica está limitada por la necesidad de establecer parámetros de técnica (Eissler, 1953). En ciertos casos tales parámetros incluyen la estructura en la vida externa de pacientes que no pueden funcionar en forma autónoma durante largos trechos de su psicoterapia. La neutralidad técnica es por lo tanto una línea teórica básica desde la que ocurren una y otra vez desviaciones, a ser reducidas por la interpretación. La interpretación del terapeuta de la comprensión (o falta de comprensión) del paciente respecto a los comentarios del terapeuta es un aspecto importante de este esfuerzo por reducir las desviaciones de la neutralidad técnica.

Pueden examinarse con mayor detalle con estas precauciones y observaciones en mente, los tres elementos esenciales técnicos y sus efectos específicos en la organización límite de la personalidad.

Interpretación

La interpretación es una herramienta técnica fundamental en la psicoterapia psicoanalítica con pacientes límite. De hecho, para proteger la neutralidad técnica tanto como sea posible, prácticamente se contraindican aquí la sugestión y la manipulación. Se hace una excepción cuando el potencial de un grave "acting out" requiere estructurar la vida externa del paciente y usar un enfoque de equipo, lo que implica establecer límites y otras intervenciones en el campo social. Tal estructuración social y los esfuerzos de intervención deberán considerarse parámetros de técnica, a ser interpretados tan pronto y en forma tan comprensiva como sea posible de modo que puedan gradualmente ser disueltos.

Algunos han cuestionado si los pacientes con enfermedad psicológica grave y debilidad del yo pueden responder a la interpretación. ¿Aceptan estos pacientes las interpretaciones por su significado real o por sus significados mágicos, transferenciales? La evidencia empírica indica que estos pacientes, son capaces en verdad de comprender e integrar los comentarios interpretativos del terapeuta, particularmente si sus distorsiones de estas interpretaciones se examinan y, a su vez, se interpretan (Frosch, 1970). En otras palabras, la dificultad del paciente para integrar las comunicaciones verbales es en sí un producto de operaciones defensivas primitivas, y esta dificultad puede interpretarse, particularmente al activarse las operaciones defensivas en las reacciones del paciente a las interpretaciones del terapeuta.

Sin embargo, como un resultado del mismo hecho de que las interpretaciones del paciente de las del terapeuta deban explorarse por completo, toma precedencia la clarificación sobre la interpretación. Esta demanda técnica crea diferencias cuantitativas entre la psicoterapia de expresión y el psicoanálisis.

Conservación de la Neutralidad Técnica

Esta es una herramienta técnica esencial, un prerrequisito indispensable para el trabajo interpretativo. La neutralidad técnica de ningún modo excluye la empatía. En ocasiones la agresión regresiva del paciente en la transferencia despierta reacciones contraagresivas en el terapeuta. En tales circunstancias, la neutralidad técnica depende de la capacidad emocional del tera-

peuta para mantener una actitud empática o acción de "sostén" (Winnicott) y de su capacidad cognoscitiva para integrar o "contener" (Bion) las transferencias expresadas en forma fragmentaria.

La neutralidad técnica significa conservar una distancia equitativa de las fuerzas que determinan los conflictos intrapsíquicos del paciente, no una falta de calidez o de empatía. Todavía se oyen comentarios que implican que los pacientes límite necesitan, primero que nada, un entendimiento empático más que una teoría centrada e interpretaciones cognoscitivamente precisas basadas en dicha teoría. Toda psicoterapia requiere como mínimo la capacidad del terapeuta para la calidez y empatía auténticas. Pero la empatía no es sólo la conciencia emocional intuitiva del terapeuta sobre la experiencia emocional central del paciente en un cierto punto; debe también incluir la capacidad del terapeuta para empatizar con lo que el paciente no puede tolerar dentro de él mismo. La empatía terapéutica, por lo tanto, trasciende lo implicado en las interacciones humanas ordinarias. También incluye la integración del terapeuta, a un nivel cognoscitivo y uno emocional, de lo que está activamente disociado o escindido en los pacientes límite.

Sin embargo, el potencial del paciente para un "acting out" grave, el desarrollo de situaciones que amenazan la vida o el tratamiento, o ambos, pueden requerir estructuración, no sólo de la vida del paciente, sino de las sesiones mismas de psicoterapia. La neutralidad técnica está entonces interferida en forma constante, amenazada, o limitada, y una buena parte de los esfuerzos del terapeuta tendrán que concentrarse en volver a ella repetidamente. De nuevo, esta reducción en la neutralidad técnica representa una diferencia cuantitativa respecto del psicoanálisis propio.

La desviación del terapeuta de la neutralidad técnica en la forma de una conducta directiva puede ser de tal intensidad, duración, o ambas, que la neutralidad técnica no pueda lograrse o recuperarse. Se han establecido modificaciones, en vez de parámetros. En circunstancias óptimas, la interpretación gradual de desviaciones temporales de la neutralidad técnica permite una reversión a una postura neutral, lo que maximiza la posibilidad de interpretación de la transferencia y la resolución de transferencias primitivas.

Análisis de la transferencia

Como se mencionó, la interpretación de la transferencia está limitada en la psicoterapia de expresión y se codetermina por una atención constante en la realidad inmediata de la vida del paciente y las metas últimas del tratamiento. También, porque la interpretación de la transferencia primitiva lleva en forma gradual a la integración de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales y, del mismo modo, a una transformación de una transferencia primitiva a una avanzada o neurótica, cambios relativamente repentinos tienen lugar en la transferencia de pacientes límite. Al principio en forma no frecuente y luego con mayor frecuencia a lo largo del tratamiento, aparecen transferencias más neuróticas o avanzadas, que reflejan desarrollos más realistas de la infancia. El cambio de las fases de transferencia a través del tratamiento da una intemporalidad total a las reconstrucciones genéticas e interfiere con su ubicación histórica. La transferencia debe por lo tanto interpretarse en una forma intemporal de "como si" por periodos de tiempo extensos –razón adicional para considerar la interpretación de la transferencia en estos casos como menos que sistemática, y por lo tanto diferente de aquélla en la situación normal psicoanalítica.

Sin embargo, la interpretación de constelaciones defensivas bajo estas condiciones es sistemática. En contraste con la psicoterapia exploratoria con pacientes de mejor funcionamiento, donde ciertas defensas pueden interpretarse selectivamente y otras no tocarse, en la psicopatología grave es crucial la interpretación sistemática de las defensas para mejorar el funcionamiento del yo y transformar y resolver las transferencias primitivas. La interpretación de la constelación de operaciones defensivas primitivas que se centran en la escisión debería ser por lo tanto tan consistente como sea posible, dada su predominancia en la transferencia del paciente y en sus relaciones extraterapéuticas.

Lineamientos para el manejo de la transferencia

Debido a que la interpretación de la transferencia juega una parte tan vital en la psicoterapia de expresión con pacientes límite, he reservado la descripción de la estrategia y tácticas que recomiendo para otro capítulo (capítulo 7). Aquí ofrezco lineamientos más generales.

1. La transferencia predominantemente negativa de estos pacientes deberá ser elaborada sistemáticamente sólo en el aquí-y-ahora, sin intentar lograr reconstrucciones genéticas plenas. En pacientes límite la falta de integración del autoconcepto y de diferenciación e individualización de los objetos, interfieren con la capacidad para diferenciar las relaciones objetales presentes y pasadas. Los pacientes confunden transferencia y realidad y no logran diferenciar al terapeuta del objeto de la transferencia. Las reconstrucciones genéticas plenas, por lo tanto, deben esperar a etapas más avanzadas del tratamiento. Una interpretación genética prematura (por ejemplo, "usted reacciona hacia mí de esta forma porque ve en mí la actitud de su madre en su pasado") puede traer una condensación de pasado y presente ("tiene usted razón, y es terrible que, habiendo tenido una madre así, tenga yo un terapeuta exactamente igual a ella").

2. Las constelaciones defensivas típicas deberán interpretarse al entrar en la transferencia, pues su interpretación refuerza el yo del paciente y trae un cambio estructural intrapsíquico, lo que contribuye a resolver la organización límite de la personalidad. Las defensas primitivas del yo no refuerzan el yo del paciente, ¡lo debilitan! Su interpretación sistemática tiene por lo tanto poderosos efectos de "apoyo".

3. Deberán establecerse límites para bloquear el "acting out" de la transferencia, con tanta estructuración de la vida del paciente fuera de las sesiones como sea necesario para proteger la neutralidad del terapeuta. Aunque las intervenciones en la vida externa del paciente pueden necesitarse algunas veces, la neutralidad técnica del terapeuta es esencial para el tratamiento. Más aún, es importante evitar que la relación terapéutica, con su naturaleza gratificante y protegida, reemplace la vida ordinaria, no sea que el paciente gratifique sus necesidades patológicas primitivas por medio del "acting out" de la transferencia durante y fuera de las sesiones. El terapeuta debe estar alerta a esta ganancia secundaria en el tratamiento, estar dispuesto a inter-

pretarla, y, si se requieren límites externos, tratar de usar los sistemas de apoyo social auxiliares (trabajador social, enfermera, consejero y otros) más que intervenir directamente en la vida externa del paciente y eliminar así la neutralidad técnica.

4. Los aspectos modulados de la transferencia positiva, determinada menos primitivamente, no debería interpretarse. Respetar estos aspectos de la transferencia propicia el desarrollo gradual de la alianza terapéutica. Con pacientes límite la atención de la interpretación deberá ser sobre las idealizaciones primitivas, fuertemente exageradas, que reflejan la escisión de las relaciones objetales "completamente buenas" y "completamente malas". Deben interpretarse sistemáticamente como parte del esfuerzo por trabajar las defensas primitivas. La transferencia negativa deberá interpretarse tan completamente como sea posible. Este es el vehículo principal para reforzar en forma indirecta la alianza terapéutica en tanto se trata directamente los conflictos primitivos sobre la agresión e intolerancia de la ambivalencia característicos de los pacientes límite.

5. Las interpretaciones deberán formularse de manera que las distorsiones del paciente sobre las intervenciones del terapeuta y sobre la realidad actual, en especial las percepciones distorsionadas del momento, puedan clarificarse sistemáticamente. En otras palabras, el uso mágico por parte del paciente de las interpretaciones del terapeuta requiere interpretarse. Por ejemplo, la tendencia del paciente a escuchar la "cantidad" de comunicación verbal del terapeuta más que prestar atención a su contenido deberá interpretarse consistentemente. También, es indispensable que las interpretaciones se basen en un marco de realidad compartida por paciente y terapeuta: no puede haber interpretación de motivaciones inconscientes antes de que el paciente pueda estar de acuerdo con el terapeuta sobre cual es la *realidad* en su interacción. ¡Sólo pueden interpretarse las distorsiones egodistónicas de la realidad!

La estrategia de interpretar la transferencia en pacientes límite puede concebirse con tres pasos consecutivos, representando, en esencia, la secuencia implicada en trabajar las transferencias primitivas y su transformación en avanzadas o neuróticas. Las transferencias primitivas expresan relaciones objetales parciales: o sea, unidades de aspectos "escindidos" del concepto del sí mismo en relación con aspecto "escindidos" de representaciones objetales en el contexto de un lazo afectivo primitivo de las representaciones objetales y del sí mismo. Las transferencias avanzadas o neuróticas implican representaciones integradas o totales del sí mismo y de los objetos y más íntimamente reflejan la experiencia real en la niñez. El primer paso consiste en un esfuerzo por reconstruir, con base en la comprensión gradual del psicoterapeuta, la naturaleza de la relación primitiva u "objetal-parcial" que se ha activado en la transferencia. El terapeuta debe evaluar de los pequeños trozos de comunicación verbal y conductual de los sentimientos, pensamientos y expresiones confusos y desconcertantes del paciente en cualquier punto, lo que sea de relevancia emocional predominante en la relación actual del paciente con él mismo. En otras palabras, el terapeuta, mediante la interpretación, transforma la falta de significado o futilidad prevalentes en la transferencia —que literalmente significa una deshumanización de la relación

terapéutica— la transforma, repito, en una relación de transferencia emocionalmente significativa, aunque muy distorsionada y fantástica. En la práctica, el terapeuta usa sus propias fantasías, intuición y conocimiento previo del paciente para construir una interacción humana básica —aunque parezca rara, bizarra o no realista— que aproxima en forma óptima la fantasía central organizadora activada en la situación terapéutica actual.

Como un segundo paso, el terapeuta evalúa esta relación objetal predominante que cristaliza en la transferencia en términos de la representación del sí mismo y representación objetal involucradas y clarifica el afecto en la correspondiente interacción del sí mismo y del objeto. El terapeuta puede representar un aspecto de la representación objetal primitiva, del sí mismo o ambos, disociado del paciente, y paciente y terapeuta pueden intercambiar su representación, valga la redundancia, de la representación objetal o del sí mismo. Estos aspectos de las representaciones objetales y del sí mismo deberán interpretarse, y la relación objetal interna respectiva debe clarificarse en la transferencia. En la práctica, las reacciones del paciente a, clarificación de, y asociaciones derivadas del esfuerzo del terapeuta por describir lo que parece estar sucediendo entre ellos en este momento, llevan a un enriquecimiento y clarificación graduales, de "quién está haciendo qué a quién", o "quién está experimentando qué respecto de quién", en esta relación objetal fantástica en la transferencia, y también llevan a "adherir" las representaciones objetales y del sí mismo del paciente a través de ciclos de proyección y reintroyección.

Como un tercer paso, la relación objetal parcial particular activada en la transferencia tiene que integrarse con otras relaciones objetales parciales, reflejando otras relaciones objetales parciales relacionadas y contradictorias, disociadas defensivamente, hasta que el sí mismo real de paciente y su concepción interna de los objetos puedan integrarse y consolidarse. En este proceso, los aspectos positivos y negativos del autoconcepto se enlazan e integran simultáneamente con los correspondientes aspectos positivos y negativos de las representaciones objetales del paciente.

La integración de las representaciones objetales y del sí mismo y así del universo total de relaciones objetales internalizadas, es un objetivo estratégico principal en el tratamiento de pacientes con organización límite de la personalidad. La integración de los afectos del paciente con sus relaciones fantasiosas o reales con los objetos significantes es otro aspecto de este trabajo. La disposición de afecto del paciente refleja la investidura libidinal o agresiva de ciertas relaciones objetales internalizadas, y la integración de estados afectivos escindidos, fragmentados es un corolario de la integración de relaciones objetales internalizadas escindidas, fragmentadas. Cuando ocurre esta resolución de la transferencia primitiva, las disposiciones de efecto integradoras que surgen entonces reflejan derivados de impulso más coherentes y diferenciados. Las representaciones objetales integradas reflejan entonces imágenes paternales más realistas según percibidas en la niñez temprana. En este punto, el paciente límite puede ser ayudado a llegar a conformarse con el pasado en forma más realista, en el contexto de transformaciones profundas en su relación con el terapeuta y con los demás significantes en su vida actual.

CONSIDERACIONES PRONOSTICAS

Hay pocos estudios sistemáticos sobre pronóstico de la psicoterapia a largo plazo de los trastornos límite. Los descubrimientos del proyecto Menninger indicaron que los pacientes con una fuerza del yo inicialmente baja, en especial aquéllos con una calidad de relaciones interpersonales inicialmente deficiente mostraban una mejoría menor. Con base en una evaluación clínica detallada de la población de pacientes de ese proyecto, sugiero que los rasgos del pronóstico incluyan la constelación del tipo de carácter predominante, ciertas distorsiones del yo y del superyó reflejadas en rasgos individuales del carácter, la autodestructividad como una formación del carácter, el tipo particular e intensidad de reacciones terapéuticas negativas, el grado y calidad de patología del superyó, y la calidad de las relaciones objetales del paciente (Kernberg, 1975).

Los descubrimientos de Michael Stone (no publicados) al evaluar la distribución de tipos de personalidad entre pacientes límite oficinistas con respecto al resultado del tratamiento, concuerdan con las consideraciones pronósticas que he sugerido. Los pacientes límite con tipos de personalidad predominantemente histérica, obsesiva, depresiva, fóbica, infantil y pasiva tuvieron resultados comparativamente exitosos. En contraste, la mayoría de pacientes límite con tipos de personalidad predominantemente paranoides, narcisistas, esquizoides, explosivas, hipomaniacas, inadecuadas y antisociales terminaron con fracaso en el tratamiento. Masterson (1980), subrayó la importancia pronóstica del grado de tensión en la vida temprana, el nivel de desarrollo inicial del yo, el grado de dominio de tareas de desarrollo iniciales y la efectividad de las relaciones sociales tempranas (relaciones objetales).

Aunque aparecen otras referencias al pronóstico en la literatura sobre psicoterapia intensiva de los trastornos límite, la evidencia relativa a rasgos más postulados sobre el pronóstico no parece ser concluyente. Mi opinión actual es que los dos indicadores pronósticos más importantes son la presencia de rasgos antisociales —que definitivamente empeoran el pronóstico para el tratamiento psicoterapéutico— y la calidad de las relaciones objetales. Además, el desarrollo de reacciones terapéuticas negativas es una variable importante del proceso con implicaciones negativas significativas para el pronóstico. La importancia de otras variables de la personalidad y del ambiente, y de las técnicas, destreza, y personalidad del terapeuta, así como de su contratransferencia, requieren mayor investigación sistemática. La relación entre el proceso y el resultado de la psicoterapia a largo plazo, factor crucial en la práctica clínica diaria, permanece como un área relativamente descuidada de la investigación en psicoterapia.

ILUSTRACION DE UN CASO

El siguiente caso presta atención al desarrollo de patrones de transferencia que reflejan relaciones objetales parciales primitivas internalizadas y su transformación gradual en transferencias más avanzadas o neuróticas. También muestra el desarrollo de cambio estructural intrapsíquico significativo después de un periodo de cuatro años de psicoterapia de expresión, cuatro sesiones a la semana.

L.: Una artista latinoamericana al final de sus veintes, presentaba una organización límite de personalidad con rasgos predominantes masoquistas y esquizoides y grave inhibición sexual, al grado de que era incapaz de alcanzar el orgasmo en la masturbación. Sus fantasías sexuales eran sobre la mutilación en la relación sexual de sus propios genitales y de los de su pareja en la fantasía. Había estado evitando en forma cuidadosa cualquier compromiso real con hombres a quienes ella encontraba atractivos.

En la transferencia, los siguientes patrones de importancia se desarrollaron en forma secuencial durante los primeros cuatro años. Primero ella deseaba que el terapeuta la violara y la matara en el coito porque sólo en el odio y en la muerte podía encontrarse el verdadero amor y el compromiso o entrega. En el núcleo de estas fantasías yacía una imagen paterna edípica primitiva, sádica. Después ella fantaseaba ser la criatura dependiente de un padre maternal y creía que si le permitieran mamar el pene del terapeuta todas sus necesidades de calor, amor, sexo y protección serían satisfechas. Ahora deseaba que el terapeuta la sostuviera como una madre sostiene a un bebé mientras ella mamaba el pene con su interminable flujo de semen o leche. Se hizo claro que una causa importante para su incapacidad de entablar relaciones profundas con los hombres era su terror por la confusión de estas dos actitudes contradictorias y su terror de que su amor y su odio se unirían en una insoportable situación de peligro: tenía miedo de que su odio destruiría a ambos.

Más adelante aún en su tratamiento, cuando las fantasías sexuales sobre hombres adquirieron cualidades más integradas, los temores de L. hacia el orgasmo surgían como temores a una "humedad incontrolable". No podía demostrar tristeza en las sesiones porque llorar también significaba humedad incontrolable. Llorar, orgasmo, y orinar en los momentos de excitación sexual representaban la amenaza de pérdida de control, con peligrosa dependencia de un objeto no confiable —su fría y frustrante madre. También temía que el orgasmo resultaría en una disolución de su personalidad en fragmentos impersonales. En suma, la predominancia de mecanismos de escisión, el temor de conflictos relacionados con una grave frustración oral, y los peligros regresivos de la situación edípica, todos, bloqueaban la excitación sexual y el orgasmo. Todavía más adelante L. pudo fantasear experiencias sexuales más elaboradas con hombres, el terapeuta en particular, que se centraban en "dejarse ir" y orinar durante el orgasmo y que expresaban sus anhelos de dependencia y gratificación sexual en formas más sintéticas. Comenzó entonces a salir más libremente con hombres, participó con uno de ellos en manoseos fuertes, y (tres y medio años después de haber comenzado el tratamiento) desarrolló un bloqueo grave durante las sesiones, con largos periodos de silencio. También llegó a darse cuenta de prohibiciones internas contra cualquiera mejoría adicional o contra buenas experiencias con el terapeuta o con los hombres en general. Esto pudo rastrearse hasta una introyección primitiva del superyó materno de una naturaleza extremadamente sádica. Se desarrolló entonces un tipo primitivo de reacción terapéutica ne-

gativa, en la que surgió su sumisión a una constelación de un superyó sádico, combinando la odiada y odiosa madre pregenital con la temida rival edípica. Resultó que la fantasía previa de un padre sádico representaba un desplazamiento en él de esta precisa imagen materna. Sólo después de un prolongado trabajo sobre las presiones de su superyó primitivo pudo finalmente L., por primera vez en su vida, establecer una relación sexual con un objeto amoroso apropiado.

¿Cómo reflejan estos desarrollos de la transferencia el cambio estructural intrapsíquico significativo? El cambio desde el deseo de que el terapeuta la viole y la mate hasta el de ser la criatura dependiente del padre maternal, realmente reflejaba un rasgo permanente de los conflictos de L.: su terror por la confusión de sus dos actitudes contradictorias y de sus temores respecto a los hombres. Esta secuencia, entonces, reflejaba sólo un patrón de relaciones objetales internalizadas, un patrón que cambiaba cuando ella se daba cuenta de y era capaz de tolerar el hecho de que su odio, sus deseos de muerte, y su temor de ser destruida se dirigían hacia el mismo objeto de quien ella deseaba depender. En la transferencia ella logró ser capaz tanto de temer como de odiar al terapeuta, de expresar crítica sobre él, atacarlo, y sospechar de él, y sin embargo también de expresar el anhelo y sentimientos de calidez y dependencia de él. Su capacidad gradualmente en aumento para tolerar estas actitudes contradictorias le permitió vencer esta constelación importante de la transferencia y representó la primera transformación en su patrón de transferencia, reflejando una transformación de una relación objetal primitiva a una relación objetal internalizada más integrada.

Esta se reflejó en el aspecto conductual en una impresionante disminución de la suspicacia y el temor de L. sin el uso de medicación. (Anteriormente había sido medicada en forma masiva a causa de sus ataques de pánico, sin una respuesta satisfactoria). L. podía ahora hablar en forma más coherente, consistente y considerada en las sesiones y comenzó a dar los primeros pasos hacia relaciones más realistas y menos provocadoras de temor con otras personas.

Una segunda transformación importante ocurrió cuando L. comenzó a describir sus fantasías sexuales y sus temores con más detalle del momento; esto ocurrió en conexión con su tolerancia aumentada para gozar sus anhelos genitales y de dependencia en las relaciones fantaseadas con el terapeuta y otros hombres. En este punto, comenzó a tener experiencias sexuales con hombres. También mejoró en sus actividades creativas y de trabajo. Sólo entonces surgió que una razón principal para su bloqueo en el trabajo artístico habían sido las incontrolables fantasías sexuales estimuladas por varios temas que ella intentaba explorar. Por ejemplo, una referencia a las diferencias entre hombres y mujeres inmediatamente evocó fantasías sexuales omnipresentes sobre penes y orinar. Ahora esta dificultad se calmó.

Una tercera transformación importante ocurrió al momento de los graves bloqueos en las sesiones y de la reacción terapéutica negativa relacionada con la activación de una introyección primitiva del superyó materno. Vencer este patrón principal de la transferencia, reflejando de nuevo una relación objetal primitiva, permitió a L. hacerse objetivamente más independiente de sus padres, apartarse de los valores de su madre, y hacerse más autoafirmativa en su vida diaria.

Debiera subrayar que al principio del tratamiento estaba disponible muy poca información sobre estos temas. La paciente había ido a consulta a causa de ansiedad y depresión crónicas, graves, el colapso en su funcionamiento social, incapacidad para desempeñar su trabajo artístico, y varios intentos de suicidio. Los esfuerzos psicoterapéuticos previos habían fallado. Las sesiones con terapeutas anteriores (todos ellos hombres) habían consistido en silencios prolongados y testarudos. Sólo en retrospectiva fue posible diagnosticar la naturaleza del bloqueo en las experiencias terapéuticas previas: Se relacionaba con la activación de las mismas fantasías sexuales primitivas que aterrorizaban a la paciente. Su conducta negativa hacia sus terapeutas anteriores reflejaba el deseo de provocar ataques sexuales y castigo de los hombres y de castigarse ella misma por sus esfuerzos para vencer sus problemas —o sea, por rebelarse contra la introyección materna primitiva. Estas necesidades habían motivado sus intentos de suicidio, que habían interferido en y complicado los efectos del tratamiento anterior.

Para subrayar de nuevo mi punto principal: En este caso tomó un tiempo considerable con varios desarrollos de transferencia el diagnosticar la secuencia significativa de las relaciones objetales internalizadas que conjuntamente constituían una persistente constelación en la transferencia. Llevó más tiempo aún obtener una transformación significativa de estas constelaciones principales en la transferencia. Esta transformación fue una precondición para obtener el cambio en otras áreas de la vida del paciente. Necesita subrayarse que los cambios que ocurrieron en este caso no se derivaron de los esfuerzos de apoyo, de sugerencia, o manipuladores del terapeuta sino que siguieron en forma natural, espontánea e impredecible a las transformaciones en las relaciones objetales significativas en la transferencia.

7

Manejo de la transferencia en la psicoterapia de expresión

Quizá la característica más impresionante del tratamiento de pacientes con organización límite de la personalidad es la activación prematura en la transferencia de relaciones objetales conflictivas muy tempranas en el contexto de estados del yo que están disociados entre sí. ¿Por qué "prematura"? Es como si cada uno de estos estados del yo representara una reacción de transferencia regresiva, altamente desarrollada, dentro de la que se activa una relación objetal específica. Esta transferencia contrasta con el despliegue más gradual de relaciones objetales internalizadas al ocurrir la regresión en el paciente neurótico típico.

La neurosis ordinaria de transferencia se caracteriza por la activación del sí-mismo infantil del paciente. El paciente revive los conflictos emocionales de este sí-mismo infantil con los objetos paternales según su experiencia en la infancia y niñez. En contraste, las representaciones objetales y del sí-mismo de los pacientes límite se activan en la transferencia en formas que no permiten la reconstrucción de los conflictos infantiles con los objetos paternales según se perciben en la realidad. Con estos pacientes la transferencia refleja una multitud de relaciones objetales internas de aspectos disociados o escindidos del sí-mismo con representaciones objetales disociadas o escindidas de una naturaleza altamente fantástica y distorsionada.

La causa básica de estos desarrollos es la falla en la integración, por parte del paciente límite, de las representaciones objetales y del sí-mismo determinadas libidinalmente y de las determinadas agresivamente. El problema es que la intensidad de las representaciones objetales y del sí-mismo determinadas agresivamente hace imposible integrarlas con las determinadas libidinalmente. A causa de la amenaza implícita a las buenas relaciones objetales, el conjuntar imágenes opuestas (de amor y odio) del sí-mismo y de los demás significantes desataría ansiedad y culpa insoportables. Por lo tanto, ocurre una separación defensiva activa de estas imágenes contradic-

torias del sí-mismo y de los objetos. En otras palabras, la *disociación primitiva o escisión* se convierte en una operación defensiva principal.

Al trabajar los desarrollos de transferencia en pacientes límite, el objetivo estratégico total es resolver estas disociaciones primitivas y así transformar las transferencias primitivas en reacciones de transferencia de más alto nivel características de los pacientes neuróticos. Obviamente, esto requiere un tratamiento intensivo a largo plazo, por lo general, no menos de dos o tres sesiones a la semana, durante un periodo de cinco a siete años.

Los conflictos que típicamente surgen en conexión con la reactivación de estas relaciones objetales internalizadas primariamente, pueden caracterizarse como una condensación patológica particular de objetivos genitales y pregenitales bajo la influencia imperiosa de la agresión pregenital. La agresión pregenital excesiva, y especialmente la oral, tiende a proyectarse y determina la distorsión paranoide de las imágenes paternales tempranas, en particular las de la madre. A través de la proyección de impulsos predominantemente sádico-orales y también sádico-anales, la madre es vista como potencialmente peligrosa. El odio a la madre se extiende al odio a ambos padres cuando el niño los experimenta en forma subsecuente como un grupo unido. Una "contaminación" de la imagen del padre por la agresión proyectada primordialmente sobre la madre y la falta de diferenciación entre ambos tienden a producir imágenes combinadas padre-madre y, más tarde, una conceptuación de todas las relaciones sexuales como peligrosas e infiltradas de agresión. De manera concomitante, en un esfuerzo por escapar de la rabia y temores orales, ocurre una "huida" hacia anhelos genitales, esta huida a menudo se frustra a causa de la intensidad de la agresión pregenital, lo que contamina los anhelos (propósitos) genitales (Heimann, 1955a).

Las manifestaciones de transferencia de los pacientes con organización límite de la personalidad pueden al principio aparecer como caóticas. Sin embargo, en forma gradual, surgen patrones repetitivos, reflejando representaciones primitivas del sí-mismo y representaciones objetales relacionadas, bajo la influencia de los conflictos que se describieron. Estos aparecen en el tratamiento como patrones de transferencia predominantemente negativos. Las operaciones defensivas características de los pacientes límite (escisión, identificación proyectiva, negación, idealización primitiva, devaluación y omnipotencia) se convierten en vehículo de las resistencias de la transferencia. El que estas operaciones defensivas en sí mismas tengan efectos debilitadores del yo, parece ser un factor crucial en la regresión grave que pronto complica los desarrollos de transferencia prematuros.

Una vez que un paciente límite se embarca en el tratamiento, la fuerza crucial descompensadora es el esfuerzo incrementado del paciente por defenderse contra el surgimiento de las reacciones de transferencia primitivas amenazantes, especialmente negativas, mediante el uso intensificado de las operaciones defensivas mismas que han contribuido a la "debilidad del yo" en primer lugar. A este respecto, un culpable importante es probablemente el mecanismo de identificación proyectiva, descrito por Melanie Klein (1946), Heimann (1955b), Money-Kyrle (1956), Rosenfeld (1963), y Segal (1964). La identificación proyectiva es una forma primitiva de proyección,

a la que se recurre principalmente para externalizar las imágenes objetales y del sí-mismo agresivas. La "empatía" se mantiene con los objetos reales, sobre los que ha ocurrido la proyección, y se eslabona con un esfuerzo por controlar al objeto, ahora temido a causa de esta proyección. En tanto que el paciente conserva una conciencia emocional del impulso proyectado (empatía con la agresión de los "otros"), ilustra la ausencia o falta de represión (lo que caracteriza niveles más altos de proyección). En lo que respecta a que el paciente racionalice su propia "contraagresión" como motivada por la agresión del otro hacia él, la identificación proyectiva puede complicarse por una racionalización secundaria.

En la transferencia, la identificación proyectiva se manifiesta típicamente como una intensa desconfianza y temor al terapeuta. La experiencia que se tiene del terapeuta es como si atacara al paciente, mientras que el paciente mismo siente empatía con esta agresión intensa proyectada y trata de controlar al terapeuta en una forma sádica y abrumadora. El paciente puede estar parcialmente consciente de su propia hostilidad pero siente que está simplemente respondiendo a la agresión del terapeuta y que se justifica que esté enojado y agresivo. Es como si la vida del paciente dependiera de que él mantenga bajo control al terapeuta. La conducta agresiva del paciente, al mismo tiempo, tiende a provocar sentimientos y actitudes contraagresivas por parte del terapeuta. Es como si el paciente estuviera empujando la parte agresiva de su sí-mismo sobre el terapeuta y como si la contratransferencia representara el surgimiento de esta parte del paciente desde dentro del terapeuta (Money-Kyrle, 1956; Racker, 1957).

Debiera subrayarse que lo que se proyecta en una forma muy ineficiente y autoderrotista no es agresión "pura" sino una representación del sí-mismo o una representación objetal ligadas con ese derivado del impulso. Las representaciones primitivas objetales y del sí-mismo están realmente ligadas como unidades básicas de relaciones objetales primitivas (Kernberg, 1976). Es característico de los pacientes límite una oscilación rápida entre momentos de proyección de una representación del sí-mismo en tanto que el paciente permanece identificado con la representación objetal correspondiente, y otros momentos en los que es la representación objetal la que se proyecta mientras el paciente se identifica con la representación correspondiente del sí-mismo. Por ejemplo, puede proyectarse sobre el terapeuta una imagen materna primitiva, sádica, en tanto que el paciente se experimenta a sí mismo como el niño asustado, atacado y lleno de pánico; momentos después, el paciente puede experimentarse a sí mismo como la imagen materna primitiva, dura, prohibitiva, moralista (y extremadamente sádica), en tanto que el terapeuta es visto como el niño culpable, defensivo, asustado, pero rebelde. Estas representaciones de papeles complementarios en la transferencia pueden también inducir las reacciones de contratransferencia correspondientes en el terapeuta, un ejemplo de "identificación complementaria" (Racker, 1957).

El peligro en esta situación es que, bajo la influencia de la expresión de intensa agresión por el paciente, los aspectos de realidad de la situación transferencia-contratransferencia pueden ser tales que se acerca peligrosamente a reconstituir la interacción originalmente proyectada entre las imágenes

objetales y del sí-mismo internalizadas. Bajo estas circunstancias, pueden crearse ciclos viciosos en los que el paciente, "agarrado" de los derivados de impulsos agresivos proyectados, proyecta su agresión sobre el terapeuta y reintroyecta una imagen gravemente distorsionada de sí mismo, perpetuando así la relación objetal temprana patológica. Heimann (1955b), ilustró estos ciclos viciosos de identificación proyectiva y reintroyección distorsionada del terapeuta al discutir las defensas paranoides. Strachey (1934), se refirió al tema general de la introyección normal y patológica del analista como un aspecto esencial del efecto de la interpretación, en especial respecto a modificar el superyó.

El alternar rápidamente la proyección de imágenes del sí-mismo e imágenes objetales que representan relaciones objetales tempranas patológicas internalizadas, produce una confusión sobre qué está "dentro" y qué está "fuera" en la experiencia del paciente respecto a sus interacciones con el terapeuta. Es como si el paciente mantuviera en todo momento un sentido de ser diferente al terapeuta pero a la vez como si él y el terapeuta intercambiaran sus personalidades. Esta es una experiencia aterradora para el paciente, en cuanto a que refleja un colapso de los límites del yo. Como consecuencia, hay una pérdida de la prueba de realidad en la transferencia. Es esta pérdida la que más poderosamente interfiere en la capacidad del paciente para distinguir la fantasía de la realidad, el pasado del presente, y los objetos de la transferencia proyectados del terapeuta como una persona real. En tales circunstancias está gravemente amenazada la posibilidad de que una interpretación mutativa sea efectiva. Clínicamente esto aparece como si la experiencia del paciente fuera algo como, "sí, tiene usted razón en pensar que le veo como veía yo a mi padre. Esto es porque usted y él son realmente idénticos". En este punto es donde se alcanza una "psicosis de transferencia" (Kernberg, 1975, capítulo 5).

Prefiero reservar el término *psicosis de transferencia* para designar la pérdida de prueba de realidad y la aparición de material delirante dentro de la transferencia que no afecta muy notablemente el funcionamiento del paciente fuera del contexto del tratamiento. A veces puede ser necesario hospitalizar a tales pacientes, y a menudo es muy difícil separar una reacción psicótica limitada por la transferencia de una más amplia. Sin embargo, en muchos pacientes límite esta delimitación es fácil, y es posible con frecuencia resolver la psicosis de transferencia dentro de la psicoterapia (Little, 1951; Reider, 1957; Romm, 1957; Holzman y Ekstein, 1959; Wallerstein, 1967).

El "acting out" de la transferencia se vuelve una resistencia principal para un mayor cambio; por lo tanto, es importante que el terapeuta introduzca parámetros de técnica para controlarlo. El peligro es que el terapeuta puede aparecer como prohibitivo y sádico al paciente, iniciando así un ciclo vicioso de proyección y reintroyección de las representaciones sádicas objetales y del sí-mismo del paciente. El terapeuta puede contrarrestar este peligro interpretando la situación de la transferencia, luego introduciendo los parámetros de estructuración según se necesitan, y finalmente interpretando de nuevo la situación de la transferencia, sin abandonar los parámetros. Algunos aspectos de esta técnica se han ilustrado por Sharpe (1931), al demostrar cómo tratar los episodios agudos de ansiedad.

La naturaleza de las transferencias primitivas en pacientes límite presenta ciertos problemas técnicos y peligros. El terapeuta puede verse tentado a interpretar estas transferencias directamente, las experiencias humanas verdaderas más primitivas o tempranas; quizá hasta llegaría a interpretarlas como una reconstrucción genética de los primeros años o aún de los primeros meses de vida, confundiendo o condensando, así, la fantasía primitiva y el desarrollo real más inicial. Este tipo de condensación es característico de algunos trabajos de Klein. En mi opinión, el enfoque de Klein, contiene dos errores: confunde la elaboración intrapsíquica bizarra primitiva con rasgos verdaderos de desarrollo; y comprime la compleja organización estructural, lentamente en desarrollo, de las relaciones objetales internalizadas dentro de los primeros meses de vida.

Ya que el "acting out" de la transferencia parece ser una reproducción tan llena de significado de los conflictos pasados, fantasías, operaciones defensivas, y relaciones objetales internalizadas del paciente, el terapeuta puede verse tentado a interpretarlo como evidencia de un agotamiento de estos conflictos. La compulsión a la repetición expresada a través de este "acting out" de la transferencia no puede considerarse como un agotar, sin embargo, en tanto la relación de transferencia proporcione al paciente una gratificación instintiva de necesidades patológicas, especialmente agresivas. Algunos pacientes, en verdad, obtienen mucho más gratificación de sus necesidades instintivas patológicas en la transferencia de lo que pudiera ser posible en sus interacciones extraterapéuticas. En este nivel de regresión, el "acting out" del paciente sobrepasa el esfuerzo del terapeuta por mantener un clima de abstinencia.

Un segundo peligro puede resultar de suponer que, a causa de la intensa activación de los afectos o emociones en un paciente con poca capacidad para observar lo que está experimentando, el terapeuta debiera concentrar su atención en el funcionamiento del yo, descuidando las implicaciones de relaciones objetales de lo que se activa en la transferencia. El terapeuta puede atender, por ejemplo, a la dificultad del paciente para experimentar o expresar sus sentimientos o para vencer el silencio, su tendencia a acciones impulsivas, o su pérdida temporal de claridad lógica, en vez de prestar atención a la interacción primitiva total (o a las defensas en contra) activada en la transferencia. Un error en dirección opuesta sería interpretar la relación objetal en "profundo" sin prestar suficiente atención a las funciones del yo del paciente. Un peligro adicional es que el terapeuta pueda centrarse exclusivamente en el aquí-y-ahora en el contexto de conceptuar la transferencia como un "encuentro" emocional correctivo, descuidando la tarea de integrar en forma gradual las imágenes del sí-mismo y de los objetos en relaciones objetales internalizadas más realistas y tipos avanzados de transferencia que permitan reconstrucciones genéticas más realistas. Aquí, el terapeuta involuntaria e inconscientemente puede contribuir a la estabilidad de las transferencias primitivas (ya que el tratamiento reemplaza la vida), interfiriendo así con el crecimiento del yo del paciente.

Debería darse simultánea atención al aquí-y-ahora y a las relaciones objetales internalizadas primitivas subyacentes pasadas que se activan en la transferencia de modo que lo que esté en la superficie y en lo más profundo

se integren en experiencias emocionales de complejidad siempre en aumento. En este proceso, cualquier capacidad que el paciente tenga para la autoobservación y el trabajo autónomo de sus problemas, debe ser explorada, resaltada y reforzada a manera de prestar atención al funcionamiento del yo del paciente, particularmente a su función de autoobservación, junto con la clarificación y verbalización de relaciones objetales primitivas reflejadas en sus fantasías conscientes e inconscientes.

La regla general para la interpretación de Fenichel (1941) –proceder de la superficie a la profundidad– aplica ciertamente a los pacientes límite. Es útil compartir primero nuestras observaciones con el paciente, si lo estimulamos a integrarlas un paso más allá de lo que es inmediatamente observable, y a interpretar más allá de su propia conciencia (su propio darse cuenta) sólo cuando sea claro que no puede hacerlo por sí mismo. Más aún, cada vez que interpretamos más allá de la conciencia del paciente de la situación de transferencia, debiéramos incluir en la interpretación las razones para su falta de darse cuenta. Puesto que las disposiciones de transferencia primitiva implican un rápido cambio a un nivel profundo de experiencia, el terapeuta que trabaja con pacientes límite debe estar preparado a cambiar su atención del aquí-y-ahora a la relación objetal pasada fantaseada que se activa en la transferencia –la que a menudo incluye características primitivas y extrañas que el terapeuta tiene que atreverse a hacer verbalmente explícitas hasta donde le permite su entendimiento. Además, el terapeuta debiera estar alerta al peligro de que el paciente pueda interpretar lo que él ha dicho como una declaración mágica derivada de un entendimiento mágico más que como el hecho de juntar en forma realista lo que el paciente le ha comunicado.

Los aspectos integradores de la interpretación incluyen, por lo tanto, una interpretación consistente de la superficie y de la profundidad. El mismo procedimiento se aplica a las comunicaciones del paciente. Cuando surge en éstas, material aparentemente "profundo", es importante primero clarificar el grado al que el paciente está expresando una experiencia emocional, una especulación intelectual, una fantasía o una convicción ilusoria. Una pregunta que el terapeuta a menudo se hace en el tratamiento de pacientes límite –"¿debería ahora clarificar la realidad o interpretar en profundo?"– puede contestarse por lo general al evaluar la prueba de realidad del paciente en el momento, su capacidad para la autoobservación y los efectos desorganizadores de las operaciones defensivas primitivas en la transferencia. Idealmente, la clarificación de la realidad y la interpretación en profundo debería integrarse, pero a menudo eso no es posible.

Sorprendentemente, al crecer nuestra experiencia con este tipo de tratamiento de pacientes límite, encontramos más y más que lo que al principio parecía una simple manifestación de debilidad del yo o un defecto del yo resulta ser el efecto de operaciones defensivas primitivas activas, muy específicas, dirigidas contra la conciencia plena de una relación de transferencia disociada que refleja conflictos intrapsíquicos. En otras palabras, este enfoque del tratamiento nos permite diagnosticar áreas de debilidad del yo, evaluar los efectos debilitadores del yo de las operaciones defensivas primitivas y de las relaciones objetales internalizadas disociadas, y promover el

crecimiento del yo por medios esencialmente interpretativos. Las clarificaciones de la realidad hechas por el terapeuta a menudo subsecuentemente resultan haber sido un apoyo innecesario que alimentaba cierta situación de la transferencia. Cada vez que esto ocurre, es muy útil interpretar para el paciente cómo una clarificación al parecer necesaria por parte del terapeuta en realidad no era necesaria en absoluto.

Seguido surge la pregunta sobre si clarificar más la realidad del paciente o interpretar el significado de su distorsión de la realidad. Si se procede de la superficie a lo profundo, primero comprobando los límites de comprensión del paciente y luego interpretando los aspectos defensivos de su falta de conciencia de una percepción apropiada de (o reacción a) la realidad, puede por lo general resolverse esta cuestión en una forma básicamente analítica. Siempre existe el peligro de que el paciente perciba la interpretación del terapeuta sobre su negación defensiva de la realidad como un intento sutil por influir en él. Así que, además de una evaluación introspectiva de si el paciente puede tener razón a este respecto, esta distorsión de la interpretación del terapeuta tiene que ser igualmente interpretada. En esencia, la neutralidad técnica, la interpretación de la transferencia, la exploración introspectiva del terapeuta de su contratransferencia, y la atención sobre las percepciones del paciente en la sesión, son herramientas técnicas íntimamente ligadas.

Un problema relacionado, para terapeutas que trabajan con trastornos límite concierne al grado al que debieran interpretar más que esperar hasta que el paciente esté listo para trabajar más por su cuenta. En general, una vez que se ha logrado el entendimiento operacional, creo que hay pocas ventajas en simplemente esperar. Al grado que las transferencias primitivas se activan rápidamente en las sesiones y tienden a perpetuarse a sí mismas en una compulsión a la repetición, hay una ventaja en interpretar completamente el material tan pronto como es bastante claro y cada vez que cierta disposición de la transferencia se convierte en una resistencia predominante de la transferencia. Algunos pacientes límite activan una clase de patrón de transferencia en una repetición interminable durante muchos meses y años. para ellos la interpretación temprana quizá no sólo ahorre mucho tiempo sino que quizá los proteja del "acting out" destructivo. Al mismo tiempo, un enfoque interpretativo que maneja rápidamente las resistencias en desarrollo de la transferencia no implica pasar por alto la capacidad del paciente para la autoobservación: deseo enfatizar de nuevo que la interpretación en profundo debería incluir una evaluación continua de la capacidad del paciente para la autoobservación y nunca debería justificar las esperanzas (o temores) del paciente sobre una relación mágica con un terapeuta omnipotente. Con frecuencia, el esperar simplemente a que el paciente mejore en sus capacidades de autoobservación es de poca utilidad y se corre el riesgo de producir distorsiones crónicas en la contratransferencia que gradualmente arruinan la posición de neutralidad técnica del terapeuta.

Hay áreas en las que el terapeuta debe hacer saber al paciente que él no puede o no hará por ellos, lo que ellos no puedan o no hagan por sí mismos. La relación objetal intensa y en aumento involucrada en cada sesión de psicoterapia a lo largo de semanas, meses, y hasta años de tratamiento tiene una calidad totalmente diferente de una relación continua en la vida real, y esto es algo que el paciente debe aceptar con el tiempo. La actitud empática del terapeuta, derivada de su comprensión emocional de él mismo y de su identificación transitoria con el interés por el paciente, tiene elementos en común con la empatía de la "madre suficientemente buena" con su bebé (Winnicott). Hay también, sin embargo, un aspecto cognoscitivo casi ascético, totalmente racional, en el trabajo del terapeuta con el paciente que le da a su relación una cualidad completamente diferente a la de la madre-bebé.

Ya que los pacientes con buena fortaleza del yo con frecuencia utilizan la intelectualización o reacciones afectivas excesivas como una defensa (patología obsesivo-compulsiva vs. histérica), solemos pasar por alto la íntima conexión entre afectos o emociones y cognición en los niveles iniciales del desarrollo y en el funcionamiento psicológico más patológico o primitivo que retiene formas de este desarrollo inicial. Además, la atención tradicional sobre la "catarsis" en las psicoterapias psicoanalíticas (y la distorsión de este concepto en algunas modalidades psicoterapéuticas empleadas en la actualidad, que ingenuamente suponen que la descarga afectiva producirá un cambio psicológico fundamental por sí misma) nos ha impedido reconocer que la clarificación cognoscitiva y la integración son herramientas psicoterapéuticas básicas y poderosas.

Los postulados cognoscitivos del terapeuta refuerzan o amplían la integración del paciente de afectos y relaciones objetales internalizadas. La función de apoyo del terapeuta incluye aspectos afectivos y cognoscitivos. Formular interpretaciones con pacientes en un estado de regresión grave es interpretar la escisión defensiva primitiva, que resulta en una integración de los afectos y relaciones objetales disociadas defensivamente y aumenta las capacidades cognoscitivas del paciente. No todo conocimiento intelectual es "intelectualización"; el conocimiento auténtico fomenta y es, a la vez, concomitante a cualquier crecimiento emocional.

El terapeuta que realiza una psicoterapia interpretativa con pacientes límite necesariamente frustrará los deseos del paciente al evitar cuidadosamente tomar decisiones por él. El paciente puede permanecer por mucho tiempo sin darse cuenta que lo que está recibiendo es un estado de alerta consistente, interés y preocupación frente a las muchas tentaciones para el terapeuta, bajo la carga de la agresión del paciente, de enojarse, mostrarse somnoliento, retraído, indiferente, impaciente y demás.

He dicho en otra parte (1975), que es necesario profundizar el nivel de interpretación rápidamente cuando el paciente comienza el "acting out". Aunque hay un riesgo de interpretar más allá del nivel de comprensión emocional a la que el paciente ha llegado en tal punto —y un riesgo, por lo tanto, de que la interpretación se rechace o incorpore en formas mágicas o intelectualizadas— la atención sobre la relación del paciente con la interpretación hará posible corregir estas fallas potenciales de las interpretaciones rápidas de la transferencia.

Otro aspecto importante del análisis de la transferencia de trastornos límite, es la naturaleza tenue de la alianza terapéutica comparada con la de los pacientes neuróticos en psicoanálisis. La alianza terapéutica (Zetzel,

1956; Greenson, 1965), liga al analista con la parte observadora del yo del paciente, por limitada que esta sea, en la situación de tratamiento. En cuanto haya un parte suficientemente observadora del yo del paciente neurótico, la alianza terapéutica (o pudiera decirse, la alianza orientada a la tarea entre el yo observador del paciente y el analista) es algo ya dado, y ordinariamente no requiere demasiada atención. Sin embargo, aún bajo circunstancias ideales, en el caso psicoanalítico típico hay veces cuando la intensidad de la relación de transferencia amenaza temporalmente con abrumar al yo observador del paciente. En estos momentos puede ser necesario centrar la atención del paciente sobre esta complicación. En contraste, el yo observador en el caso límite típico es tan limitado y frágil que se plantea la cuestión de a qué grado es necesario centrar la atención fuerte y consistente sobre la alianza terapéutica: ¿Hay veces cuando el terapeuta necesita tomar medidas activas para reforzar la alianza terapéutica por medio de comentarios de apoyo, orientados a la realidad, o dando al paciente la información relativa a los aspectos de la realidad del terapeuta?

En mi opinión, centrarse en el uso o naturaleza defensiva de las distorsiones de las percepciones del paciente, particularmente en sus distorsiones de las interpretaciones del terapeuta, es el mejor medio de reforzar el yo observador del paciente sin cambiar de un modelo esencialmente analítico. Me parece que varios aspectos de la relación verdadera entre terapeuta y paciente son un aspecto potencialmente terapéutico, no específico, del tratamiento en todos los casos. Sin embargo, este aspecto de la relación total del tratamiento está limitado en el caso psicoanalítico ordinario, y el análisis sistemático de todos los paradigmas de la transferencia en la neurosis de transferencia que se despliega, debería llevar a un agotamiento sistemático de los esfuerzos del paciente por usar la relación terapéutica como una función paternal en la transferencia. En otras palabras, las implicaciones de apoyo no específicas de los aspectos reales de la relación en términos de la transferencia en despliegue del paciente se volverán parte automáticamente del trabajo analítico y permanecerán al fondo. En los pacientes límite por otra parte, la relación humana "verdadera", no específica, reflejada en la alianza terapéutica puede constituir una experiencia emocional correctiva importante, no en el sentido de que el terapeuta adopte una postura manipuladora activa, sino en el de una relación de trabajo tan positiva, que a menudo va más allá de cualquier cosa que el paciente haya experimentado previamente, es normalmente gratificante. El grado en que las circunstancias crónicamente frustrantes o traumatizantes del desarrollo inicial, y por lo tanto de las relaciones previas del paciente con sus padres verdaderos, sean un aspecto importante de los antecedentes históricos y genéticos de los pacientes límite, la relación real con el terapeuta puede desempeñar funciones paternales que el paciente no ha experimentado nunca antes.

Además, la disponibilidad del terapeuta como "contenedor" (Bion, 1967), como el que absorbe, organiza y transforma la experiencia intrapsíquica caótica del paciente (que el terapeuta primero intenta clarificar en su propia mente y luego transmite al paciente como parte de sus comentarios de interpretación), sí brinda funciones cognoscitivas que se espera que el paciente neurótico en psicoanálisis desarrolle por sí mismo. En otras palabras,

el terapeuta sí brinda funciones cognosctivas auxiliares del yo para el paciente límite además de la reafirmación implícita que da su capacidad de aguantar y no ser destruido por la agresión del paciente, de no tomar represalias, de mantener una actitud general de interés en, y disponibilidad emocional para, el paciente. Otros han enfatizado la importancia de las funciones de "sostén" del terapeuta con pacientes límite (Little, 1958, 1960; Winnicott, 1960b). Estos aspectos de la relación terapéutica indudablemente juegan un papel vital en la psicoterapia psicoanalítica de pacientes límite, y, mientras ocurran dentro de un contexto de neutralidad técnica, constituyen un uso legítimo de la relación psicoterapéutica. Este uso tiene que ser diferenciado de las demandas intensas del paciente en la transferencia de que el terapeuta satisfaga necesidades previamente frustradas, que actúe "in loco parentis", abandonando así la posición de neutralidad técnica y aumentando los aspectos de apoyo de la relación terapéutica. No puedo dar suficiente énfasis a la necesidad de que el psicoanalista y el psicoterapeuta que trabajan con pacientes límite analicen cuidadosamente todos estos intentos por parte del paciente. Lo que realmente refuerza el yo del paciente no es la satisfacción de necesidades en el aquí-y-ahora que fueron negadas en el allá-y-entonces sino hacer las paces con las pasadas frustraciones y limitaciones en el contexto de un entendimiento de las defensas, impulsos y reacciones patológicas que fueron activadas bajo esas circunstancias traumáticas iniciales y que contribuyeron en forma importante al desarrollo y fijación de la debilidad del yo.

La cuestión del "insight" en los pacientes límite merece discusión. En algunos pacientes límite se encuentra lo que al principio parece como un "insight" dentro de capas profundas de la mente y de dinámicas inconscientes. Desafortunadamente, esto es en realidad una expresión de la pronta disponibilidad de un funcionamiento del proceso primario, que es parte de la regresión general de las estructuras de su yo. El "insight" que llega sin ningún esfuerzo, no acompañado por ningún cambio en el equilibrio intrapsíquico del paciente y, sobre todo, de ninguna preocupación por los aspectos patológicos de su conducta o experiencia, es una "insight" cuestionable. El "insight" auténtico es una combinación de un entendimiento intelectual y emocional de las fuentes más profundas de las experiencias psíquicas de uno, acompañado por un interés y un impulso por cambiar los aspectos patológicos de esas experiencias.

He enfatizado la importancia de mantener una actitud de neutralidad técnica para poder interpretar las transferencias primitivas que ocurren en la interacción paciente-terapeuta. No puedo insistir lo suficiente en que se paga un alto precio cada vez que el terapeuta cede a la tentación de introducir técnicas de apoyo; la mejoría inmediata es seguida por las racionalizaciones posteriores del paciente de los desarrollos de la transferencia que no pueden ser resueltos completamente y así se limitan los cambios fundamentales de personalidad que son objeto del tratamiento.

Sin embargo, como ha señalado Loewald (1960), con referencia a la situación psicoanalítica estándar, la función del terapeuta al interpretar la realidad emocional del paciente es en sí reflejar el hecho de que su yo está funcionando a un nivel más integrador de lo que el yo del paciente es capaz

de lograr en el momento de la regresión en la transferencia. El que el paciente se identifique con la función de interpretación del terapeuta es por lo tanto una experiencia de crecimiento. Bajo tales condiciones, implica, como observa Loewald, una identificación con una imagen objetal del terapeuta al igual que con una imagen del sí-mismo: a saber, la imagen del paciente mismo según es percibido por el terapeuta.

Dicho de otro modo, la identificación del paciente con la función de interpretación del terapeuta refleja una identificación con una relación objetal diádica de un tipo bueno o útil. Este proceso, que normalmente ocurre en formas sutiles y no estorbosas en el tratamiento de pacientes neuróticos, se acentúa fuertemente en la psicoterapia psicoanalítica de trastornos límite, donde la difusión de identidad interfiere precisamente con la función integradora que el terapeuta puede brindar. En tanto que la función cognoscitiva-emocional integradora es más importante en la situación terapéutica con pacientes límite que con los casos psicoanalíticos estándares en cuanto a proporcionar una base para un crecimiento potencial, esta función puede, al mismo tiempo, remover experiencias intensas de odio y envidia en los pacientes límite: odio porque un aprendizaje significativo sobre uno mismo —en oposición a una disociación defensiva— siempre es doloroso, y así, la actitud de ayuda del terapeuta, paradójicamente, es igual de dolorosa; envidia porque la agresión primitiva frecuentemente toma la forma de rencillas envidiosas para destruir al terapeuta como una imagen materna proveedora. Así que, la interpretación de la necesidad inconsciente del paciente de rechazar o destruir la función integradora del terapeuta puede ser un aspecto importante del trabajo de interpretación dentro de una posición esencialmente de neutralidad técnica.

En efecto de las operaciones defensivas primitivas, particularmente la identificación proyectiva, no sólo le va a atribuir una cierta disposición mental al terapeuta sino a inducir en él una cierta disposición emocional que complementa el propio estado afectivo del paciente, un impulso por actuar en cierta dirección que complementa las necesidades de la transferencia. La neutralidad se ve, así, retada o amenazada, aunque también cada amenaza momentánea a, o desviación de, la neutralidad técnica imparte información importante sobre la transferencia.

La naturaleza primitiva de la transferencia activada en el paciente límite lleva al terapeuta, al esforzarse por empatizar con el paciente, a cualquier capacidad que él pueda tener para darse cuenta de las reacciones emocionales primitivas dentro de él mismo. Esto se refuerza con la conducta no verbal, en especial aquellos aspectos que intentan controlar al terapeuta, imponer sobre él, por así decirlo, el papel asignado a la imagen objetal o del sí-mismo dentro de la transferencia primitiva activada. Probablemente no sabemos aún lo suficiente sobre cómo la conducta de una persona puede inducir reacciones emocionales y conductuales en otra. La empatía del terapeuta, su uso creativo de la atención que flota apaciblemente —una actividad similar a la ensoñación— y el impacto directo de la percepción conductual, se combinan para producir una reacción regresiva temporal que le permite identificarse con los niveles primitivos de funcionamiento del paciente.

Para conservar el grado óptimo de libertad interior para explorar sus propias reacciones emocionales y formaciones de fantasías en conexión con el material del paciente, el terapeuta que trata a pacientes límite debe preocuparse particularmente por intervenir sólo cuando haya llegado, de nuevo, a un posición técnicamente neutral. Es en especial importante mantener una actitud consistente de "abstinencia" —en el sentido de no ceder a las demandas del paciente por gratificación en la transferencia— sino, en vez de esto, interpretar estas demandas completa y consistentemente. La humanidad del terapeuta, su calidez e interés, saldrán naturalmente en su atención continua al paciente, en su trabajo con las dificultades del mismo en la transferencia, y en su capacidad para absorber, aunque sin reaccionar a, las demandas que nacen de las necesidades primitivas sexuales, agresivas y de dependencia, del paciente.

Paradójicamente, puede ser muy útil para el terapeuta que trate a pacientes límite en psicoterapia psicoanalítica a largo plazo o en análisis, tener también experiencia activa en el tratamiento breve de intervención en crisis de otros pacientes tales. Cuando el terapeuta se siente seguro al llevar a cabo psicoterapia de apoyo a corto plazo, o intervención en crisis, y puede adoptar firmemente una postura analítica, sentirá menos presión para la "acción". Un nivel de experiencia amplio, la capacidad para realizar modalidades alternativas de tratamiento y una cuidadosa evaluación diagnóstica completa, contribuyen a la capacidad del terapeuta para conservar una posición firme y serena en tanto que interpreta el "acting out" del paciente y los desarrollos complejos de la transferencia.

ILUSTRACIONES CLINICAS

M.: Una estudiante graduada, al final de sus veintes, había comenzado la psicoterapia psicoanalítica (tres sesiones a la semana) a causa de una reacción depresiva grave con pérdida de peso e ideas suicidas, alcoholismo, y un colapso general en su desempeño en la escuela, en su vida social y en la relación amorosa con su novio. El diagnóstico era personalidad infantil con rasgos límite, reacción depresiva grave y alcoholismo sintomático. El tratamiento se realizó en sesiones frente a frente ya que utilizo el diván sólo para psicoanálisis (Kernberg, 1975). Al principio del tratamiento, yo había establecido ciertas condiciones bajo las que estaría dispuesto a ver a **M.**, como paciente externa. Si ella no podía cumplir estas condiciones, la vería en psicoterapia hasta que estuviera lista para ello, y permanecería en el hospital. La hospitalización fue sugerida por otros psiquiatras que la habían visto, y yo también había contemplado esto como una alternativa en caso de que ella comprobara no ser capaz de tomar la responsabilidad de su funcionamiento en la realidad.

En lo que respecta a estas condiciones, pudiera decirse que tuvo lugar un proceso selectivo, que sólo una gama limitada de pacientes límite aceptaría y podría llevar a cabo el tipo de enfoque de tratamiento propuesto. Sin embargo, debe señalarse que **M.**, disponía como alternativa la posibilidad

de hospitalización a corto plazo (o largo plazo) y que yo esperaría que la hospitalización, si fuera necesaria, como mínimo desarrollaría su capacidad de responsabilizarse de tales funciones como son indispensables para el tratamiento como paciente externo en todo caso. El enfoque opuesto —aceptar el tratamiento como paciente externo sobre bases menos que realistas— probablemente produciría un curso de tratamiento más complicado y potencialmente desastroso. En otras palabras, un terapeuta no puede hacer justicia a las necesidades de su paciente, si no tiene los requisitos mínimos y la libertad para el uso pleno de su conocimiento técnico y capacidad especiales.

M., se había entregado a la tarea de dejar de beber, a no actuar sobre impulsos suicidas sino a discutirlos abiertamente conmigo si y cuando ocurrieran, y a mantener un peso mínimo comiendo lo suficiente, sin importar su humor o apetito. Un trabajador social psiquiatra inició una evaluación de M., y su situación total, incluyendo la relación con sus padres, que vivían en otro pueblo, y estaba disponible a la paciente, para sugerencias y consejo, si fuera necesario, respecto a problemas de su vida diaria. Nuestro entendimiento fue que el trabajador social me transmitiría información completa sobre M., y que yo le comunicaría a él sólo la información que yo considerara crucial y que la paciente hubiera autorizado explícitamente que yo transmitiera. Mi enfoque psicoterapéutico era esencialmente psicoanalítico, y tenía intención de mantener una posición consistente de neutralidad técnica.

En la sesión que se describirá, que se presentó unas semanas después de iniciar el tratamiento, M., se veía inquieta y ojerosa; llovía muy fuerte, y no se había prevenido de vestirse apropiadamente así que llegó sin impermeable ni paraguas, empapada, y bajo la ropa mojada se veía la delgadez de su cuerpo. Su blusa y pantalón estaban sucios, y se veía algo desarreglada. Comenzó a hablar inmediatamente sobre una prueba difícil que había tenido que pasar en la escuela y tenía miedo de no aprobarla. Luego habló de un pleito serio con su novio: tenía celos por el interés de él en otra mujer, una novia anterior a quien, según había descubierto la paciente, él había visto en secreto. También expresó preocupación sobre si sus padres le mandarían su cheque mensual (lo que produjo en mí la fantasía de que quería reasegurarme: ella me pagaría su tratamiento; por lo tanto, aún si ya estuviera yo harto de ella por otra causa, todavía sería de interés para mí continuar viéndola a pesar de su naturaleza "disgustante").

El flujo de comunicación verbal de M., parecía romperse por una variedad de conductas no verbales. Esporádicamente, caía en silencio y me miraba con una expresión de desconfianza, inquisitiva, y de algún modo ausente; había momentos de alegría artificial y risa forzada que no eran apropiadas, y que me transmitían sus esfuerzos conscientes por controlar nuestra interacción. Se "confundía" al decirme dónde había visto a su novio y a la otra mujer —lo que hizo preguntarme si había estado bebiendo sin atreverse a decírmelo. Vino a mi mente la información del trabajador social: M., le había hecho notar casualmente que en forma reciente había tenido dolores de estómago y que había estado vomitando, y el trabajador social se preguntaba si la paciente necesitaba otro reconocimiento médico.

Ahora ya oscilaba entre momentos de preocupación y fuertes impulsos de expresar esta preocupación a la paciente en términos de deterioro de su apariencia física, su salud, y la cuestión de si sería en realidad capaz de mantener el arreglo para tratamiento externo en el que habíamos convenido. También estuve tentado a confrontarla con aquellos aspectos de su conducta que me hacían preguntarme si me estaba diciendo la verdad. Percibí en ella un temor subyacente y sentí que su experiencia de mí era como de una figura paternal potencialmente crítica e inflexible que la regañaría por no ser sincera o por portarse mal. (Todo esto estaba superimpuesto en mi sentimiento de que ella quería desesperadamente que yo me hiciera cargo de, y guiara su vida). Ahora me doy cuenta de un sentido, en aumento, de impaciencia en mí mismo, una combinación de preocupación por la paciente y de irritación de que el programa de tratamiento según se estableció se estaba desbaratando y que se hacían demandas fuera de orden sobre el psiquiatra trabajador social y sobre mí para cambiar los arreglos del tratamiento, movilizar a los padres de M., y protegerla contra la amenaza inminente de expulsión de la escuela (otro aspecto de la realidad que la había llevado a tratamiento).

Finalmente sentí que la relación humana predominante representada en ese momento era la de una niñita asustada que quería una figura paternal poderosa (cuya identidad sexual particular era irrelevante) que se hiciera cargo y la protegiera del dolor, temor y sufrimiento en general. Al mismo tiempo, pensé, ella odiaba esa figura paternal porque el que se ocupara de ella así, podía ocurrir sólo porque estaba sufriendo y no por una preocupación, amor o dedicación naturales. Y tenía miedo de un ataque vengativo de aquella figura paternal necesitada pero resentida porque ella proyectaba sus propias demandas airadas sobre aquélla. Por lo tanto, yo sentía, ella tenía que escapar de esa relación temida, quizá bebiendo hasta olvidarse y crear una situación caótica en la que sería rescatada sin tener que reconocer o relacionarse emocionalmente al recatador como un enemigo.

Le dije a M., que, con base en lo que ella parecía estar comunicando, tenía el sentimiento de que estaba expresando deseos contradictorios: quería asegurarme que estaba todavía al control de su vida, y al mismo tiempo estaba transmitiendo dramáticamente que las cosas se venían abajo, que no era capaz de manejar su vida, y que corría el riesgo de enfermarse, de que la expulsaran de la escuela, y de perder a su novio. Yo añadí que, si yo tenía razón, lo que pudiera hacer bajo estas circunstancias sería desastroso para ella. Si, por otra parte, yo exploraba más si ella en realidad era capaz de manejar su vida inmediata, experimentaría esto como un ataque. Por ejemplo, si yo planteara la cuestión de si, bajo estas circunstancias, ella se sentía capaz de continuar evitando beber, ella consideraría esto como una "investigación cruzada" que revelaba mi dureza básica y mi sospecha de ella. Si, por otra parte, yo escuchaba con simpatía sin plantear tales cuestiones, ella miraría esto como una expresión de indiferencia e insensibilidad. En cualquier caso ella sólo esperaría sufrimiento y desengaño de mi reacción potencial.

M., contestó que había estado preocupada porque había estado tomando y tenía miedo de que yo la hospitalizara si supiera. También había pensado

que, debido a la tardanza de sus padres en mandarle dinero, yo estaría preocupado sobre mis honorarios, se había enojado con ellos y se apenaba por su retraso. Dijo que se sentía completamente desesperada respecto a ella misma y que no sabía si esta psicoterapia la podría ayudar. Yo dije que pensaba que estaba preocupada no tanto sobre si la psicoterapia la ayudaría sino sobre si yo estaba genuinamente interesado en ella o sólo preocupado porque me pagaran las sesiones. También dije que me preguntaba si ella sentía que la única forma de obtener algo de mí era forzándome, sacándomelo, por así decirlo, al presentarse como un desastre humano completamente desesperado. Añadí que, bajo estas circunstancias, cualquier ayuda mía sería como la reacción irritada, enojada de un padre que preferiría no ser molestado pero que no tenía alternativa sino cuidar de un niño no deseado.

M., rompió en llanto y dijo que se sentía muy desolada porque su novio la estaba dejando, añadiendo con verdadero sentimiento que sentía que no tenía derecho a ser ayudada por mí, había muchas personas como ella, y sólo por la circunstancia afortunada de que sus padres tenían dinero podía solventar el tratamiento que de otro modo estaría fuera de alcance. ¿Por qué tenía ella que estar en tratamiento cuando había tanto sufrimiento en el mundo? Era mejor renunciar. . . .

En este momento, sentí que había ocurrido un cambio: ahora coincidían sus comunicaciones verbales y su conducta. Me contaba lo que realmente había pasado los dos días anteriores, dándose cuenta de, y preocupada por, su sentimiento de fracaso, mezclado con un sentimiento extraño de alivio por fallar porque sentía que no merecía nada mejor. Sentí que **M.**, comenzaba a interesarse en sí misma en el proceso de este intercambio, que la presión para que yo, me hiciera cargo disminuía, y que estaba comenzando a sentirse culpable por haber fallado en cumplir su parte de nuestro acuerdo mientras que también comenzaba a entender que su fracaso era una expresión de su sentimiento de que no merecía ser ayudada.

Lo que deseo subrayar es que la situación de transferencia se había vuelto ahora más coherente, comenzaba a expresarse un patrón masoquista de carácter en una relación de dependencia conflictiva, principalmente pregenital, a una imagen paternal frustrante. El conflicto intersistémico entre rasgos del superyó (culpa inconsciente) y la dependencia expresada en forma conflictiva por su yo reflejaba ahora una típica relación objetal neurótica en la transferencia. Este desarrollo estaba en un notable contraste con las manifestaciones contradictorias previas, caóticas, de sospecha implícita, enojo proyectado, demandas agresivas, ocultamiento y retraimiento. También subrayaría que la reducción de las manifestaciones caóticas de la transferencia en la relación objetal predominante expresada en éste permitió la exploración completa de las situaciones de la transferencia y de la vida. Se activaron recursos del yo que hicieron innecesario que yo interviniera por parte de la paciente. En otras palabras, el enfoque desde una posición de neutralidad técnica permitió un reforzamiento del yo de la paciente, aun si sólo temporalmente, y fomentó su capacidad para combinar la comprensión dentro de la sesión con un sentido de responsabilidad en aumento respecto a su vida fuera de las horas de tratamiento.

N. en contraste con el caso de **M.**, ilustra la oscilación en la transferencia, en una etapa de tratamiento avanzada, entre varios niveles de relaciones objetales internalizadas, con una progresión alternativa hacia relaciones objetales avanzadas, neuróticas o totales, y regresión hacia relaciones objetales primitivas, parciales o límite.

N.: Era una mujer de 30 años, abogada, presentaba organización límite de la personalidad con rasgos obsesivos y esquizoides predominantes. La ví en psicoterapia psicoanalítica tres veces a la semana, por más de cinco años.

Al tercer año de tratamiento, después de la interpretación de operaciones defensivas primitivas en el contexto de la condensación de material edípico y preedípico centrado en su búsqueda masoquista de un padre cálido y generoso pero también poderoso y sádico, surgió el siguiente patrón de transferencia. **N.**, vivía ahora la experiencia de su madre edípica y preedípica combinadas como una fuerza poderosa que le impedían cualquier mejoría adicional. El lenguaje vago e impreciso, un serio bloqueo en el momento de sesión con un sentimiento de futilidad, demandas interminables por demostraciones de mi amor e interés maternales, y acusaciones de que yo era frío y rechazante (o sea, la madre atacándola interna y externamente), todo esto alternaba con reacciones de transferencia sexualizadas en las que su experiencia de mí era como de alguien sexualmente excitante pero peligroso y poderoso que la asustaba. Las cualidades edípicas del material se hicieron más fuertes en el contexto de una integración de la transferencia que parecía reflejar aspectos más realistas de su niñez, mientras que el conflicto entre sus deseos de una relación sexual con un padre poderoso y su temor al castigo de la madre edípica, adquirían cualidades intersistémicas. O sea, la introyección de su madre coincidía más con rasgos más amplios del superyó, y los conflictos intrapsíquicos eran ahora intersistémicos, en contraste con los conflictos conscientes y caóticos predominantes con anterioridad entre aspectos mutuamente disociados de las relaciones con ambos padres. También estableció, por primera vez, una relación sexual con un hombre pero eventualmente trató de escapar a causa de un sentimiento de culpa inconsciente. Es interesante que la experiencia de su compañero era como de alguien pasivo y no amenazante sexualmente y al principio encontró esto útil. Pero luego percibió la incapacidad de él para aguantar las fuerzas dentro de ella que tendían a destruir una buena relación sexual (la introyección de su madre) considerándola decepcionante.

En este punto, en medio de mi interpretación de los temores de **N.**, respecto a anhelos sexuales por mí como padre (porque eran prohibidos por su madre interna), ocurrió un deterioro relativamente repentino, y durante un periodo de varias semanas pareció tener una regresión a lo que había caracterizado las etapas iniciales de su tratamiento. Ahora presentaba una comunicación verbal casi desorganizada (al principio del tratamiento había presentado una rumiación obesiva que casi llegaba a una desorganización formal de los procesos del pensamiento), una incapacidad para escuchar lo que yo decía, y un sentimiento creciente de que mi comprensión o entendimiento hacia ella era terriblemente incompleto, imperfecto y arbitrario. Por primera vez en su tratamiento, expresó un fuerte deseo de cam-

biar a otro terapeuta, presumiblemente más cálido y comprensivo. Los esfuerzos por interpretar estos sentimientos como un escape regresivo de los aspectos edípicos de la transferencia no llevaron a ningún lado.

En un punto, N., me hizo saber que quería que yo dijera sólo cosas perfectas y precisas que reflejaran clara e inmediatamente cómo se sentía ella y que le reafirmaran que yo estaba en realidad con ella. De otro modo, yo no debería decir nada sino escuchar pacientemente sus ataques sobre mí. A ratos, era virtualmente imposible para mí decir una palabra porque N., me interrumpía y distorsionaba casi todo lo que yo dijera. Por último, sí me sentí a la expectativa durante varias sesiones, escuchando sus prolongados ataques sobre mí mientras intentaba lograr más entendimiento de la situación.

Ahora me limité a señalarle que yo entendía su gran necesidad de que yo dijera las cosas correctas, que la reafirmara, que diera indicaciones de que la comprendía casi sin que ella tuviera que decir nada. También señalé que comprendía que ella tenía mucho miedo de que cualquier cosa que yo dijera fuera un intento de vencerla, dominarla o "lavarle el cerebro". Después de esta intervención, N., se recostaba en su asiento como esperando que yo dijera más, pero no lo hice. Luego ella sonreía, lo que yo en privado interpreté como su reconocimiento de que yo no estaba intentando controlarla o decir nada más allá de mi reconocimiento de esta situación inmediata.

Debo subrayar que en las etapas iniciales de este desarrollo yo había intentado interpretar la actitud de la paciente como un esfuerzo por controlarme en forma omnipotente y como un reflejo de su identificación con la actitud de su madre percibida sádicamente (su superyó) hacia ella misma (representada por mí). Pero en esta etapa, cualquiera de estos esfuerzos para la interpretación exacerbaban la situación y no eran útiles en absoluto (en contraste con intervenciones similares que habían sido muy útiles meses antes). En forma sorprendente, después de varias semanas de no hacer nada más que verbalizar la relación inmediata entre nosotros como yo la veía, N., se sintió mejor, se sentía reafirmada, y de nuevo tenía sentimientos muy positivos y sentimientos sexuales hacia mí. Sin embargo, mis esfuerzos por investigar la relación entre estos dos tipos de sesión —aquéllos en los que ella no podía aceptar nada de mí y tenía que hacerse cargo, y aquéllos en los que parecía más positiva pero temerosa de sus sentimientos sexuales— de nuevo llevaron a un estancamiento.

Por último, después de unas cuantas semanas más, formulé la interpretación de que ella estaba representando dos relaciones alternas conmigo: una en la que era como una madre cálida, receptiva, comprensiva, no controladora, y otra, en la que yo era de nuevo una figura paterna, sexualmente tentadora y peligrosa N., dijo ahora que cuando yo interpretaba su conducta ella me veía duro, masculino, invasor; cuando me sentaba y sólo escuchaba me veía suave, femenino, algo deprimido y de algún modo muy confortante. Dijo que cuando ella sentía que yo la entendía de esa forma —como una persona confortante, femenina, deprimida— ella podía, después, escucharme, aunque entonces yo "cometía el error" de volverme de nuevo una figura masculina y controladora.

Ahora interpreté su doble división de mí (como masculino y femenino, como bueno y malo) como un esfuerzo por evitar el conflicto entre la necesidad de una relación buena y cálida con una madre que podía entenderla y darle amor —pero que también prohibía tener sexo con el padre— y la necesidad de ser una mujer femenina receptiva para un hombre masculino que representaba a un padre que era capaz de "penetrarla" a pesar de la actuación de ella como si lo rechazara (pero, en el mismo tenor, amenazando su relación con la madre). También interpreté el que se "atorara" en esa situación como un reflejo de una condensación de una relación muy temprana con su madre, probablemente con origen en el segundo o tercer año de vida, en la que ella sentía que su madre podía escucharla sólo cuando esta última estaba deprimida y apática, mientras que cualquier interés activo de su madre parecía como un control y dominación intolerables. Yo añadí que esto reflejaba una razón más, profunda, para su incapacidad de cambiar a una relación de dependencia con un hombre que, al mismo tiempo, fuera sexualmente atractivo para ella: no teniendo la seguridad de una aceptación básica de amor de una madre que también respetaba su autonomía, ella sentía que no podía tolerar sus sentimientos sexuales por su padre.

Meses después, yo pude señalarle a N., que la percepción de su padre como un hombre cruel, controlador y sexualmente agresivo, representaba una condensación de la masculinidad de él y las cualidades de dominación desplazadas de la madre sobre él. Pero la paciente no pudo integrar este entendimiento, y el tratamiento siguió avanzando en dirección de mayor trabajo sobre sus conflictos edípicos.

Esta breve viñeta ilustra cómo, en una etapa avanzada de la psicoterapia psicoanalítica con un paciente límite (después de años de trabajar sobre los mecanismos de defensa primitivos y relaciones objetales en la transferencia), ocurrió una predominancia gradual de conflictos edípicos, simultáneamente con un cambio hacia conflictos intersistémicos. Sin embargo, hubo, al mismo tiempo, un cambio regresivo hacia una etapa muy temprana de separación-individuación de la madre que requirió un cambio temporal en mi actitud y mis comentarios de interpretación. Durante estos estados regresivos, mis interpretaciones se centraron menos en los mecanismos límite típicos y transferencias objetales parciales, y más en las necesidades conflictivas de la paciente por diferenciarse de mí y lograr mi comprensión perfecta y mi cuidado. En resumen, los conflictos de diferenciación parecieron dominar temporalmente sobre los de acercamientos patológicos.

8

Psicoterapia de expresión con adolescentes

Las tareas fundamentales del terapeuta durante la evaluación inicial del paciente adolescente y su familia incluyen: establecer el diagnóstico, recomendar el tratamiento y, sobre todo, explicar los arreglos que hagan posible este tratamiento. Es necesario subrayar que el psiquiatra que evalúa a un paciente adolescente y a su familia deberá conservar una actitud técnicamente neutral. Deberá tener un total respeto por el adolescente como persona independiente, autónoma y, dirigirse a él sin nociones preconcebidas sobre lo que sería propio o no con respeto a las negociaciones del paciente con su familia.

El terapeuta deberá evitar ser enjuiciador o ver la adolescencia como algo muy romántico. Estará alerta de la tendencia del adolescente a pensar en él como un representante de sus padres; así también, estará consciente de que los adolescentes no necesariamente tienen un "insight" especial en las verdades básicas, a diferencia de los adultos. Sobre esta base, el terapeuta podrá explorar la consistencia interna de la imagen que tiene el adolescente de sí mismo, sus relaciones objetales significativas, y la integración y adecuación de su opinión sobre el mundo. Aceptar al adolescente con sus arrogancias propias y sistemas de valores permitirá obtener una evaluación de la consistencia de sus representaciones objetales y del sí-mismo, y de estos sistemas de valores. Al mismo tiempo, el terapeuta deberá conservar una distancia apropiada; en contraste con una lejanía autoprotectora o bien con la camaradería. El adolescente tiene tanto derecho a su intimidad como el paciente adulto.

Cuando el adolescente es quien solicita la consulta, el psiquiatra deberá consultarlo antes de ver a sus padres. La manera como entrarán en escena los padres —si es que lo hacen— será algo que deberá negociarse con el paciente. Si los padres solicitan la consulta, deberá consultarse primero al adolescente o bien, a toda la familia en conjunto. En los casos en los que el terapeuta tiene reuniones preliminares con los padres antes de la consulta o del tratamiento es posible que cualquier potencial paranoide que exista

en el adolescente se refuerce; esto hará más difícil establecer la postura neutral del terapeuta. El derecho a la intimidad se aplica también a la información proporcionada por el adolescente. El paciente debe estar de acuerdo en que se discuta algo de la información en las reuniones con la familia, y se le permitirá decidir que información no será compartida.

En los casos en los que existan pruebas de que el paciente está reteniendo información importante, el terapeuta tendrá que recurrir a un equipo que incluya a una trabajadora social psiquiátrica, un consejero escolar, un psicólogo, un maestro y otros profesionales. La omisión de cierta información plantea los intentos del paciente y/o su familia por lograr el control de la situación en el tratamiento, esta situación es común en los casos de adolescentes. Con gran frecuencia la familia o el paciente tratan de dictar las condiciones bajo las que se desarrollará el tratamiento o la evaluación. Es más recomendable discontinuar una evaluación o un tratamiento, a aceptarlo bajo condiciones menos que óptimas. A menudo, la expresión tranquila y oportuna del terapeuta de reservarse el derecho a evaluar o tratar al paciente, o bien enviarlo con alguien más si considera imposible obtener suficiente libertad de acción, ayuda a prevenir el "acting out" más fuerte subsecuentemente o bien los impulsos de control omnipotente. A veces, la mejor ayuda que se puede proporcionar es decirle a la familia que cuando el tratamiento no puede desarrollarse bajo ciertas circunstancias, los esfuerzos que se realicen serán inútiles.

De manera paradójica, en tanto más gravemente perturbado se encuentre el paciente que está al final de la adolescencia, el tratamiento deberá parecerse más al que se le da a un paciente adulto, por la siguiente razón: en la psicoterapia del paciente adolescente que está funcionando bien, la atención inicial es sobre las tareas normales del desarrollo de la adolescencia. En aquéllos que no están funcionando bien es necesario trabajar sobre las disposiciones de la transferencia primitiva gravemente distorsionadas, y éstas son similares a las encontradas en los pacientes adultos límite. Cuando (como con los pacientes límite) las tareas normales del desarrollo de la adolescencia no se han logrado, la psicoterapia psicoanalítica, conceptuada para el tratamiento del paciente adulto, tiene mayor utilidad para alcanzar propósito de resolver transferencias primitivas, operaciones primitivas defensivas, y las distorsiones del yo y superyó que operan contra el desempeño de estas tareas del desarrollo. La resolución de la psicopatología límite, por medios analíticos, permitirá posteriormente la reanudación espontánea de los procesos normales del desarrollo.

Por la diferencia significativa de edad y, por tanto, la diferencia de conducta y status entre el terapeuta y el adolescente generalmente este último está tentado a verse como "un adolescente que se relaciona con un adulto estereotipado". Por ejemplo, la argumentación del adolescente límite, con la menor de las justificaciones, de que el terapeuta piensa, se conduce, y lo trata exactamente igual a como lo hacen sus padres, puede ser no tanto una manifestación específica de transferencia sino un esfuerzo por parte del paciente para evitar darse cuenta de su confusión, suspicacia, conducta despectiva, y así por el estilo, respecto a los adultos significantes en su vida, al apilarlos a todos juntos en una forma simplista.

Así, como parte del examen sistemático de la interacción terapéutica, el terapeuta tendrá que examinar la negación del paciente a la individualidad del terapeuta y a su propia individualidad, al refugiarse en la conducta estereotipada de un subgrupo cultural. Una postura de neutralidad técnica no significa que el terapeuta permita al paciente descargar sobre él los prejuicios y estereotipos acumulados que protegen a éste y que reflejan su difusión de identidad. Es posible clarificar tales distorsiones sin decirle al paciente "no, no soy como tú me ves". Se cumplirá el cometido con esta expresión general "no hay ninguna razón para que tú me veas de esta manera cuando existen otras, por lo tanto, debe tener algún significado el hecho de que sea tan importante para tí verme precisamente de esa manera".

A menudo, los pacientes adolescentes límite intentan provocar en el terapeuta las mismas actitudes con las que culpan a los adultos, especialmente a sus padres con respecto a ellos. Esto refleja, en especial, el mecanismo de identificación proyectiva. El estado de alerta del terapeuta hacia tales actitudes puede permitirle interpretar el esfuerzo inconsciente del paciente por convertirlo en una imagen más paternal. Al mismo tiempo, es posible que el terapeuta tenga que resistir su inclinación a comportarse de manera opuesta a como lo hace la familia del adolescente según lo indica el paciente; el terapeuta deberá evitar fomentar una buena relación terapéutica utilizando medios de seducción.

La actitud seductora hacia los adolescentes puede alimentarse por la idealización general de la adolescencia, muy común en nuestra cultura, y por los esfuerzos inconscientes del terapeuta por defenderse en contra de su propia envidia inconsciente hacia los adolescentes, al romantizarlos o imitarlos. A veces, el esfuerzo del terapeuta por resistir los intentos del paciente por estereotiparlo como alguien convencional puede resultar en un deseo por demostrar al paciente que él no es convencional. Por supuesto, el terapeuta tiene que ser no-convencional en los estereotipos culturales representados en la transferencia; pero su falta de convencionalismo deberá surgir a través de una postura consistente, empática y cálida, aunque apartada al plantear preguntas sobre lo que está sucediendo con el tratamiento. El terapeuta debe rehusarse a permitir que el paciente lo arrastre a ciertos modelos de papeles, y conservar la neutralidad técnica.

En resumen, el análisis de los estereotipos culturales como defensas secundarias contra el surgimiento pleno de la difusión de identidad en la transferencia es un aspecto importante en el tratamiento, particularmente en las etapas iniciales de la psicoterapia con adolescentes límite.

LA PSICOTERAPIA DE EXPRESION Y LAS ESTRUCTURAS FAMILIARES

Parece haber abundantes pruebas, derivadas de datos clínicos y de investigaciones, acerca de que los adolescentes límite provienen de familias muy patológicas (Shapiro y cols., 1975; Goldstein y Jones, 1977). A menudo se plantea la pregunta de hasta qué grado el paciente adolescente límite "simplemente" refleja la psicopatología familiar grave o bien está sufriendo de

una enfermedad "estructurada, internalizada". Cada vez que un estudio cuidadoso del paciente adolescente demuestra la existencia de difusión de identidad y la predominancia de operaciones defensivas primitivas, deberá entenderse que, sin considerar cuál haya sido la contribución familiar a esta enfermedad, el paciente tiene una patología límite estructurada "bona fide" que requerirá un tratamiento individual intensivo.

En tanto que la familia, particularmente los padres, pueden haber contribuido fundamentalmente a la psicopatología límite de su hijo, el diagnóstico de organización límite de la personalidad implica antiguas estructuras intrapsíquicas patológicas que ahora tienen una existencia autónoma.

Para llevar a cabo la psicoterapia de expresión, es crucial que el terapeuta tenga una relación exclusiva con el adolescente y, que la terapia familiar, si está indicada, esté a cargo de otro terapeuta. Si se ha de incluir al paciente en dicha terapia familiar, el terapeuta familiar deberá tener la autorización del paciente y de su familia para comunicar sus observaciones al psicoterapeuta del paciente, estableciendo de esta manera un enfoque de trabajo en equipo similar a lo que se recomienda para los pacientes límite cuyo potencial grave de "acting out" no puede controlarse de otra forma.

Combinar la terapia familiar y la psicoterapia intensiva orientada psicoanalíticamente en el paciente adolescente límite ofrece diversas complicaciones. Primero, los objetivos de la terapia familiar necesitan establecerse adecuadamente, en un esfuerzo por diferenciar los objetivos de corto y largo plazo para cada uno de los participantes. En ocasiones no hay razones particulares para hacer participar a la familia; la indicación para iniciar una terapia familiar deberá derivarse no de la predilección ideológica del terapeuta por este tipo de terapia sino por las necesidades concretas y bien documentadas del paciente específico.

El tratamiento familiar puede ser necesario por la contribución que la familia esté haciendo a la psicopatología del paciente o porque la psicopatología de éste se encuentre apoyada en la estructura familiar; o bien para prevenir, evitar, o resolver la interferencia familiar en el tratamiento del paciente. Debe explorarse el grado hasta el que el tratamiento familiar se relacione con, apoye, o sea dañino al tratamiento individual.

Existe siempre el peligro para el adolescente de dilución y escisión de la transferencia y de "acting out" cuando es tratado de manera simultánea con terapia individual y familiar. Este peligro aumenta si el terapeuta familiar y el individual no constituyen un equipo de tratamiento armonioso. En general, es posible que la escisión de la transferencia se evite si los terapeutas conceptúan la constelación total de familia, paciente, y de ellos mismos; como un sistema respecto al que toda la información tiene que fluir al psicoterapia individual.

La predominancia de operaciones defensivas primitivas, particularmente la identificación proyectiva, omnipotencia, devaluación, escisión y negación, puede permitir al paciente adolescente límite inducir patología complementaria en los miembros clave de la familia con quienes vive, y producir profecías que se autocumplen en todas sus interacciones; esto puede volverse una resistencia extremadamente poderosa en el tratamiento. Es importante que el terapeuta evalúe la intensidad con la que el paciente está respondiendo

a las presiones patológicas de sus padres y, a la inversa, si está ejerciendo tales presiones sobre ellos.

La respuesta a estas cuestiones, generalmente, se encuentra en los desarrollos de transferencia, en especial en los esfuerzos inconscientes del paciente por reproducir la conducta de sus padres en el terapeuta. El primer paso para ayudar al paciente a darse cuenta de cómo perpetúa las condiciones patológicas de su casa, puede ser el análisis sistemático de dichos intentos en la transferencia. Por ejemplo, la sumisión patológica del paciente a lo que él percibe como conducta sádica de sus padres; generalmente se refleja con la recreación de la situación con papeles invertidos en la psicoterapia. De manera inconsciente, los pacientes adolescentes pueden tratar al terapeuta de manera omnipotente y sádica; proyectando sobre él sufrimiento de manera masoquista así como la representación de su sí-mismo devaluado, maltratado, en tanto se identifican con una imagen paterna grandiosa, triunfante y sádica.

La comprensión del terapeuta de las transferencias primitivas que reflejan la activación de las relaciones objetales parciales con reversión de papeles, puede permitirle interpretar esta relación de transferencia y luego aplicar su interpretación a la relación del paciente con su familia. El análisis sistemático de la interacción terapéutica, con atención precisa en la activación dentro de ella de relaciones objetales parciales primitivas, es el primer paso en la interpretación de las interacciones patológicas del paciente en casa. Es importante tener en mente que esta interpretación no es una reconstrucción genética y que las interacciones patológicas actuales con los padres pueden, a su vez, reflejar una relación objetal parcial. Esta, puede ser escindida en forma defensiva de las relaciones objetales parciales contradictorias que necesitan ser examinadas primero. Sólo así puede comprenderse la relación objetal subyacente patogénica total contra la que, tanto la relación actual con los padres como los desarrollos de la transferencia, son defensas.

LA PATOLOGIA LIMITE Y LAS TAREAS DEL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

Por definición, los pacientes límite que están al final de la adolescencia no han cumplido con las tareas normales del desarrollo en la adolescencia y en particular: (1) consolidar un sentido de identidad del yo; (2) reconfirmar una identidad sexual normal, predominantemente heterosexual en su naturaleza, con subordinación de impulsos polimorfos parciales a los genitales e integración incipiente de tendencias eróticas y de ternura en una relación objetal relativamente estable, reflejada en la calidad de enamorarse; (3) aflojar las ataduras a los padres, en realidad relacionadas con la diferenciación apropiada de papeles sexuales y generacionales en las interacciones sociales en expansión, con otros adultos y compañeros (y la correspondiente individualización intrapsíquica y estabilidad de las relaciones objetales); y (4) reemplazar las regulaciones infantiles del superyó con un sistema relativamente abstracto y despersonalizado, firmente internalizado, aunque flexible,

de una moralidad consciente e inconsciente que integra la tolerancia sexual adulta con la firme represión de impulsos edípicos directos.

En contraste, con los adolescentes normales que experimentan un aflojamiento real de los lazos a los objetos infantiles, reflejado en la distancia creciente de (y sin embargo profundizándolas) las relaciones objetales con los padres; los adolescentes límite al sufrir, como es el caso, de falta de diferenciación de representaciones objetales internalizadas, manifiestan un involucramiento excesivo, rebeldía violenta, sobredependencia, y un caos general en las relaciones interpersonales relativamente no estructuradas, de su casa.

De la misma manera, en psicoterapia, el paciente no sólo sobreidentifica al terapeuta con sus imágenes paternales o su experiencia defensiva de él como de alguien diferente en una forma fantástica, sino que desarrolla una alternación caótica de imágenes paternales parciales padre/madre combinadas, mutuamente escindidas, así como rechazo defensivo a experimentar al terapeuta como diferente de sus padres en una forma realista. Para el paciente adolescente límite, las diferencias entre el terapeuta y los padres, a menudo, significa sólo mayor caos; la individualidad del terapeuta no puede aprehenderse.

Esta situación fácilmente puede llevar al terapeuta a entender, equivocadamente, que el paciente adolescente necesita nuevos "modelos de identificación" y que los esfuerzos educativos directos pueden garantizarse como un medio de establecer al terapeuta mismo como tal modelo. Pero la tarea de desarrollo del adolescente límite que necesita completar sus procesos de individuación y diferenciación son mejor servidos por la interpretación y el trabajo exhaustivo sobre las transferencias primitivas. De otro modo, pueden surgir nuevas adaptaciones superficiales al terapeuta, activando una cualidad de "como si" en la interacción terapéutica y la presencia de lo que Winnicott (1960a) llamaba el falso sí-mismo.

En contraste, la resolución de la transferencia primitiva por medios analíticos y la reanudación de procesos de crecimiento normales se encuentran mano a mano en los adolescentes límite. En etapas avanzadas del tratamiento, cuando el paciente adolescente reconoce gradualmente al terapeuta como un individuo diferenciado, la integración de, y la diferenciación respecto a, las imágenes paternales ocurrirán de modo paralelo.

Este proceso puede ilustrarse con las vicisitudes de los dos mecanismos de defensa de idealización y devaluación. La idealización primitiva de modelos de compañeros o adultos pobremente diferenciados, que representan relaciones objetales parciales escindidas cambiará de manera gradual a procesos de idealización que reflejan formaciones reactivas contra la culpa y, más tarde, cambiará a la proyección normal de valores y aspiraciones idealizadas, sofisticadas que surgen con el enamoramiento normal y en la idealización de maestros. Y la devaluación primitiva de los padres (la contraparte de las idealizaciones primitivas escindidas) se integrará gradualmente en un reconocimiento apropiado a la edad, hipercrítico pero ambivalente, de sus rasgos realistas, una reacción de decepción que ahora contiene elementos de culpa y duelo y aceptación de la pérdida de imágenes paternales primitivas idealizadas.

Si la postura analítica se conserva de manera consistente, la relación real del paciente con el terapeuta, eventualmente, se convertirá en el campo de prueba para la reanudación de procesos de desarrollo normales.

Otra área de patología límite grave –la falta de integración de estructuras del superego– puede parecerse superficialmente a los rasgos adolescentes normales de redisolución parcial y reproyección del superego (Jacobson, 1964). El surgimiento de derivados primitivos del impulso sexual y agresivos disociados en los trastornos límite puede pasar por brotes instintivos de la adolescencia normal. Es difícil, al principio, diferenciar los derivados del impulso que surgen en la conciencia en el contexto de un concepto integrado del sí-mismo y una constancia de objeto, de aquéllos que expresan relaciones objetales parciales disociadas. Sin embargo, un enfoque consistentemente analítico de este material, explorando con el terapeuta los impulsos perversos homosexuales y polimorfos a la luz de sus funciones dentro de relaciones objetales totales o parciales activadas en la transferencia, diferenciará los brotes de impulsos del desarrollo normales, respecto de las relaciones objetales parciales estructuradas y permitirá la integración de relaciones objetales más que la supresión prematura de ciertos derivados del impulso.

El adolescente neurótico o normal rápidamente reprimirá ciertos derivados perversos polimorfos del impulso e integrará otros en su yo consciente. El paciente adolescente límite, en contraste, puede tener que experimentar de manera consciente y expresar en la transferencia (o en el "acting out" de la transferencia) impulsos agresivos y sexuales que son disociados y/o condensados de varios modos, después de muchos meses o años de tratamiento. Aquí, las tareas normales integradoras y represivas de la adolescencia de manera eventual seguirán a la integración del sí-mismo y el superego y de las barreras de represión del yo. En otras palabras, la integración de relaciones objetales parciales en totales, eventualmente producirá el reemplazo de las defensas disociadoras con las represivas.

En suma, la realización de las tareas normales del desarrollo en la adolescencia no requiere de modificaciones especiales de la técnica psicoterapéutica propuesta para la organización límite de la personalidad en general; como una consecuencia de la resolución de transferencias primitivas, se reanudarán y completarán naturalmente en las etapas avanzadas del tratamiento.

Al principio, es útil para el terapeuta evaluar a qué grado los patrones de conducta gravemente patológicos deben controlarse para permitir que la psicoterapia se inicie. Si, de acuerdo a su juicio, la relación psicoterapéutica no será capaz de "contener" los patrones de conducta impulsivos que amenazan la vida del adolescente o el tratamiento, el terapeuta deberá establecer un enfoque en equipo. Otro miembro del mismo deberá tener la responsabilidad de proporcionar suficiente estructuración social, para permitir la estabilidad de la situación terapéutica. Es importante señalar que es necesario el control externo no sólo para restringir ciertas conductas sino también para aumentar la participación del adolescente en la vida ordinaria, y para brindarle nuevos retos a modo de evitar que la situación del tratamiento se convierta en su única experiencia social significativa.

TIPOS DE "ACTING OUT" Y SU MANEJO

Mi atención sobre la interacción psicoterapéutica está muy lejos de un modelo simplista que relacione las interacciones interpersonales actuales del paciente con aquellas pasadas en una base de uno-a-uno. En la organización límite de la personalidad la interacción presente expresa estructuras intrapsíquicas patológicas que reflejan tipos primitivos de interacción de naturaleza fantástica –fantástica, tanto en el sentido de que son irreales, amenazantes emocionalmente, y extraño, así como en el sentido de que manifiestan una relación objetal parcial distorsionada fragmentada– que sólo de manera indirecta reflejan las relaciones patogénicas verdaderas del pasado. La atención sobre interacciones actuales en el tratamiento de trastornos límite, en la adolescencia igual que con todos los pacientes límite, comienza realmente como una atención sobre la vida intrapsíquica del paciente según se expresa en la interacción terapéutica.

Los pacientes adolescentes límite, con su intolerancia a la experiencia subjetiva dolorosa, inician rápidamente el "acting out" en la transferencia como una defensa contra el vivir la experiencia y la introspección. La importancia de la neutralidad técnica del terapeuta estriba precisamente en la necesidad de conservar la objetividad, a modo de resaltar la distorsión del paciente a través de la acción lo que refleja una relación de transferencia primitiva.

La organización límite de la personalidad siempre implica patología grave del carácter, y de allí la expresión, en especial por medios no verbales, de conflictos intrapsíquicos inconscientes en la forma de patrones de conducta crónicos y repetitivos. Por tanto, los aspectos no verbales de la interacción con el terapeuta dan información fundamental, substituyendo en grado considerable lo que el contenido de la comunicación verbal transmite en la situación psicoanalítica estándar.

A través de su conducta no verbal, y por un uso particular del lenguaje como acción y como un medio de controlar la situación interpersonal, el paciente intenta activar sus relaciones objetales parciales intrapsíquicas en la relación interpersonal actual. De hecho, las transferencias primitivas pueden concebirse como unidades mutuamente disociadas de unidades primitivas de interacción extrañas y atrevidas que el terapeuta con sus interpretaciones transforma en la experiencia subjetiva del paciente. Podría decirse que en esta transformación del conflicto intrapsíquico en acción interpersonal, el paciente recurre a un medio de comunicación y relación que, hablando genéticamente, antecede a la predominancia de la comunicación verbal: la regresión en forma de comunicación es quizá el aspecto más importante de la regresión en la transferencia de los pacientes límite.

Para reformular esto en una forma diferente, la expresión del pasado intrapsíquico del paciente en términos de acción interpersonal, más que en el recuerdo (pensamientos o sentimientos), ilustra la prevalencia del "acting out" como una característica de los desarrollos de transferencia de los pacientes límite.

El "acting out" es un concepto que se ha ampliado para incluir una extensa gama de fenómenos (Fenichel, 1945a; Greenacre, 1950, 1963, 1968;

Limentani, 1966; Panel, 1957; Rosenfeld, 1966; A. Freud, 1968; Grinberg, 1968; Kanzer, 1968; Moore, 1968; Rangell, 1968; Panel, 1970), desde la aparición de actos o conductas concretos en el curso de sesiones psicoanalíticas o psicoterapéuticas –actos que expresan una disposición de transferencia que surge, el paciente no puede todavía tolerar de manera subjetiva– hasta el desarrollo de conductas complejas hacia el terapeuta que expresan, en un desarrollo emocional consciente hacia él, el aspecto de conflictos patogénicos pasados relacionados que está todavía reprimido como una conciencia de una experiencia pasada (en contraste con el presente); hasta el desarrollo de conductas fuera del contexto analítico que corresponden a aspectos escindidos de la transferencia; hasta las relaciones interpersonales perturbadas del paciente que hacen sangrar conflictos intrapsíquicos significativos durante el tratamiento en general.

Las discusiones psicoanalíticas del origen, mecanismo, y funciones del "acting out" se complican de manera constante por la inclusión de esta amplia gama de fenómenos, y parece ser que los esfuerzos por restringir el significado del término o por redefinir sus ramificaciones (por ejemplo, "acting in", como la conducta temporal que expresa la transferencia en las acciones del momento) no han sido útiles en particular (Rexford, 1978).

Es útil considerar el "acting out" en el más amplio sentido, como un aspecto esencial de desarrollos de la transferencia en pacientes límite. En cuanto a que el mundo social e interpersonal, siempre cambiante, del adolescente temporalmente reduce la estabilidad de sus estructuras sociales del entorno y fomenta la expresión de conductas experimentales nuevas y viejas en todas las áreas, el "acting out" en este amplio sentido es en especial prevalente en los adolescentes límite. Una tarea crucial es diagnosticar cuándo el sobrevivir se vuelve "acting out" –o sea, la expresión en acción de material de la transferencia que no puede ser todavía tolerado en la conciencia subjetiva.

¿Cuándo puede considerarse como "acting out" la conducta gravemente patológica que antecedió al inicio de la psicoterapia y continua al parecer sin cambios por la relación psicoterapéutica misma? Primero, si cuando ocurran cambios significativos en estos patrones de conducta preexistentes, deberán explorarse en términos de los desarrollos en la transferencia. Es importante que el terapeuta en realidad explore su significado, más que recompensar o castigar implícitamente conductas que son favorables o desfavorables. Las razones para cambios "positivos" deberán explorarse con la misma actitud técnicamente neutral que las razones para los patrones de deterioro.

Segundo, el desarrollo de un fuerte contraste entre una relación psicoterapéutica en la que "nada parece suceder" y acciones dramáticas que ocurren en la vida externa del paciente –sin considerar si éstas anteceden al tratamiento– generalmente es una expresión clara de desarrollos en la transferencia. Aquí priva la situación típica de la patología límite, en la que el paciente, incapaz de tolerar la experiencia intrapsíquica de sus conflictos tiene que expresarlos en acciones, en particular escindiendo la transferencia. La disponibilidad de la relación terapéutica debiera idealmente proporcionar un nuevo canal para expresar instintos disociados o reprimidos. Cuando esto no ocurre o bien por el contrario, prevalece una atmósfera de vacío en la relación psicoterapéutica, esto deberá interpretarse en forma sistemática. "Vacío" no sólo significa que el paciente sienta que no tiene nada que decir o contar al terapeuta. También puede representar el uso del lenguaje como una cortina de humo en el momento de la terapia, el llenar el hueco de las horas con expresiones que reflejan el aprendizaje del paciente del "lenguaje de la psicoterapia". La exploración consistente del terapeuta de la realidad y significados de su interacción con el paciente dará el marco contra el que el vacío o el falso contenido refleje, en contraste, la relación objetal parcial específica activada en la transferencia, que requiere interpretación como la contraparte escindida de donde parece estar la acción –o sea, en la vida externa del paciente.

Tercero, el "acting out" debiera interpretarse bajo las condiciones sutiles aunque frecuentes en las que se desarrolla la acción en el momento, y tiene el efecto de distorsionar, fragmentar, o destruir temporalmente los aspectos de realidad en la relación paciente/terapeuta. Esta tercera categoría de condiciones es el aspecto más importante del trabajo con transferencias primitivas. Lo que sigue son algunos tipos especiales de "acting out" en este restringido tercer sentido. Estos ejemplos clínicos también ilustran los principios generales implicados en la interpretación de la transferencia con los pacientes límite.

DATOS CLINICOS

Transformación de una relación objetal parcial de la transferencia, en acción

O.: Joven adolescente, límite, de 17 años, con rasgos predominantemente infantiles o histriónicos, tomó una píldora de Darvon antes de entrar a su sesión. No era adicta a ninguna droga en particular, pero ocasionalmente ingería una variedad de drogas como una forma de "sentirse bien". Este patrón de conducta era anterior al inicio del tratamiento, pero había cambiado el informe casual de la paciente acerca de que se había tomado una píldora antes de esta sesión. Nuestro entendimiento era que al iniciar el tratamiento yo esperaba que dejara todas las drogas y que no le recetaría ningún medicamento como parte de dicho tratamiento. De hecho, para entonces, había tenido varios episodios de ansiedad relativamente grave y/o depresión que fue posible resolver por medios interpretativos solos, ilustrando de esta manera la naturaleza defensiva de la solicitud de medicación por parte de la paciente.

Los esfuerzos por estimular a **O.** a explorar su comprensión al hecho de tomar Darvon esta vez, no llevó a nada; excepto a decir, "sabe, hago esto con mucha frecuencia". Negó cualquier sentimiento particular respecto a venir a la sesión o sobre la decisión impulsiva de tomar la píldora. Su aspecto al entrar a la sesión era más bien relajado y tranquilo. Sin embargo, al recostarme en la silla, ímplicitamente invitándola a seguir hablando, se puso cada vez más intranquila, expresando finalmente su temor acerca de que yo la criticaría por haber tomado la píldora.

Al principio yo no comprendí la importancia de centrarse en el hecho de que hubiera tomado la píldora. Yo esperaba que surgiera algún tema nuevo de discusión. Sin embargo, yo sentí que éste era en verdad el tema predominante a la disposición y especulé en privado que ella pudiera haber tomado la píldora como una expresión de desafío o para provocar en mí una conducta crítica hacia ella y de esta manera aliviar sus sentimientos de culpa por sentir la experiencia de estar en una buena relación conmigo. (Antes se había dejado claro que había prohibiciones internas muy profundas contra una buena relación conmigo como imagen paterna).

Se especuló también sobre el hecho de que al haberme dicho **O.**, que había tomado la píldora, contrastaba con su conducta misteriosa en el pasado. Pero entonces sentí que era una "honestidad" que no llevaba a ningún otro lado y quizá una expresión en acción de su sentimiento acerca de que las relaciones honestas no llevan a ninguna parte. En este punto, **O.**, comenzó a discutir temas completamente diferentes; no podía yo conectarlos con el hecho de haber tomado la píldora, y me sentí distraído por mis pensamientos respecto a este hecho, y luego culpable por no prestar toda la atención a los nuevos temas que ella comentaba.

Unos minutos después, **O.**, me miró de repente en forma inquisitiva y comentó que ella me estaba aburriendo. Cuando le pregunté qué le hacía pensar eso, mencionó que me veía perplejo y distraído. Reconocí que su percepción era acertada y expresé mi sorpresa por su cambio de tema, por la naturaleza casual de su comentario respecto a haber tomado la píldora -como si ella fuera indiferente a su significado— en contraste con su preocupación por mi indiferencia a algo que ella estaba diciendo después de eso. Yo añadí, sin embargo, que ella tenía razón al observar que, como consecuencia de haber tomado yo su conducta más en serio que ella, me había distraído. **O.**, dijo que sentía que yo le prestaba atención sólo cuando tenía un problema. Le contesté que yo me preguntaba si había tomado la píldora, y si me lo había contado como una expresión de su sentimiento de sólo si se portaba mal le prestaría yo alguna atención. En este punto, se vió sorprendida y se mostró pensativa. Recordó que en verdad, antes de decidir tomar la píldora estaba preocupada sobre si tendría algo importante que decirme. En ese momento mi experiencia fue que nuestra interacción reflejaba, al nivel de este aspecto de la transferencia, la relación entre el niño y la madre indiferente que le hace caso sólo cuando se porta mal, en tanto que la paciente estaba representando el papel del niño desafiante pero culpable, sumiso pero suspicaz. Esta impresión se confirmó posteriormente.

El caso anterior ilustra una transformación relativamente simple de una experiencia emocional en una acción, con una simultánea negación inicial de la experiencia emocional. El caso siguiente ilustra una forma de "acting out" más compleja.

La acción como un acrecentamiento de los significados

P.: Una joven de 18 años de edad, límite, con ragos narcisistas muy pronunciados, quien repetidamente se quemaba con cigarrillos (y que había sido tratada en varias ocasiones por quemaduras de tercer grado en los brazos y piernas) mencionó, de manera casual en una sesión, que podrían darle ganas de quemarse durante la próxima ausencia de dos semanas del terapeuta. Su comentario, hecho en el contexto de una discusión continua de muchas semanas sobre si ella podría controlar su tendencia a quemarse si se le permitiera permanecer fuera del hospital (donde había estado internada), llevó a retomar la discusión de si el tratamiento como paciente externa sería factible en este punto. Las preocupaciones realistas del terapeuta estaban en fuerte contraste con su aparente indiferencia a la situación y a su actitud de expectativa de que todos los que la atendían estarían naturalmente preocupados y harían algo por impedir que se quemara. En repetidas ocasiones, el terapeuta había explorado con ella la atmósfera implícita de violencia y chantaje que ella se había creado alrededor suyo, forzando "inocentemente" a sus padres, a su terapeuta, y a la trabajadora social a entrar en análisis complicados de cómo tratarle, en tanto que ella en forma sonriente anunciaba su tentación de quemarse. Al principio de una de las últimas sesiones, antes de la ausencia del terapeuta, **P.**, dijo que había hecho planes para pasar el tiempo de dicha ausencia en la casa de un grupo religioso que la había apoyado mucho en el pasado; ella sentía que eso le daría estímulo espiritual durante este tiempo.

La reacción del terapeuta a este anuncio fue un relámpago momentáneo de enojo, y luego, un sentimiento de impotencia seguido por la idea de resignarse a dejarla hacer lo que quisiera sin explorar más el asunto. En el curso de mi discusión sobre esta sesión particular con el terapeuta, aprendí que para entender completamente el comentario de la paciente había que tener presente que estaba cambiando sus planes en forma repentina, que al hacerlo, desechaba con un gesto todas las discusiones prolongadas y serias que se habían dado entre sus padres, ella misma, y su trabajadora social respecto a planes para ella durante la inminente ausencia del terapeuta. El terapeuta le había dado a la paciente y a la trabajadora social el nombre de otro psiquiatra que estaría disponible si fuera necesario durante su ausencia. Con su cambio de planes, estos arreglos se volvían ahora irrelevantes. Además, **P.**, había pasado previamente algunas semanas en esa casa religiosa en un tiempo cuando la violenta rebeldía contra sus padres se expresaba en frecuentes escapadas de su casa, conducta autodestructiva, y una búsqueda de padres substitutos ideales, todo lo que se había explorado en gran detalle en etapas previas de la psicoterapia.

Así, su comentario casual sobre sus planes reflejaba su eliminación simbólica de la substancia de su importante aspecto de su psicoterapia. Reflejaba también una depreciación muy concreta del terapeuta como el elemento clave en la constelación cambiada de su vida. Fue como consecuencia de la psicoterapia que había sido cambiada la conducta caótica, difusa, destructiva, en todos los aspectos de su vida (de la que era parte el haber vivido en la casa religiosa).

La declaración de **P.**, también reflejaba una desconsideración casi estudiada, presentada en una forma natural aunque seudoconsiderada, que desmentía su naturaleza impulsiva. Más aún, su intento de convencer al terapeuta de la seriedad de este nuevo plan, al que llegó tan repentinamente, en sólo dos sesiones, ilustraba la forma espiritual en la que había estado

usando la comunicación verbal para transmitir una aparente reflexión o consideración en las sesiones precedentes.

Lo que es significativo es la manera fácil, relajada, bien organizada en la que P., presentaba un plan, que era completamente disonante y destructivo en términos de todo lo que había estado sucediendo en el tratamiento. Y lo hizo en unos cuantos segundos, en tanto que el análisis de las implicaciones de esa declaración tomó literalmente una hora de mi tiempo de consulta.

En otras palabras, esa declaración representaba una forma de "acting out" "microscópica" pero extremadamente violenta y grave, que reflejaba, más que una condensación de varios significados en uno, un intenso aumento o comprensión de múltiples significados en una forma tan rápida e inmediata que temporalmente hizo explotar la capacidad del terapeuta de sostener o contener, para integrar la relación objetal que estaba siendo representada.

Estos episodios son frecuentes en el tratamiento de pacientes adolescentes límite. El impacto inmediato de la conducta del paciente sobre el terapeuta puede ser precisamente el tipo de enojo, impotencia, y discontinuidad de la relación emocional que el paciente inconscientemente intenta evitar experimentar en forma subjetiva: esta es la realidad emocional que ha sido traducida en acción y en una identificación proyectiva violenta que afecta al terapeuta.

La forma óptima de tratar este tipo de "acting out" es que el terapeuta explique los significados de la conducta, de manera gradual y en forma muy completa, incluyendo las razones para expresar en acción lo que el paciente no puede tolerar en forma subjetiva. El efecto neto de un intento de interpretación en tales momentos es que un breve comentario del paciente quizá sea seguido por largas declaraciones del terapeuta. Es como si el terapeuta, en una reconstrucción, tiene que explicar lo que, en acción se comprimió en un momento del tiempo –y el paciente puede a menudo acusar al terapeuta de exagerar demasiado. En este caso lo que se requiere del terapeuta es una conciencia emocional plena de sus propias reacciones a la acción del paciente, combinada con la capacidad de contener estas reacciones dentro de él mismo sin tener, a la vez, que actuar en ella; y luego, el desarrollo gradual de la recreación de todos los aspectos emocionales de la relación que fueron comprimidos en esa breve acción.

El aislamiento de la comunicación significativa dentro de la acción crónica en la transferencia

La situación que se describe en esta acción representa la polaridad opuesta del acrecentamiento de significados en las acciones repentinas recién descritas. En especial con respecto a pacientes límite que, en desarrollos concretos de una hora o una secuencia breve de sesiones, brinda la clave a la comprensión de patrones complejos de transferencia que parecen caóticos; aunque tienen una cualidad extrañamente repetitiva durante varias semanas o aun meses.

Q.: Una adolescente límite, con fuertes rasgos masoquistas y esquizoides, llegó a entender en un punto, cómo su experiencia era que su madre se deprimía cada vez que Q. tenía éxito o se sentía feliz. La paciente sentía que su madre no podía soportar que ella creciera y se independizara. Bombardeaba sin misericordia a Q. con preguntas, críticas y comentarios irónicos hasta que hacía que su hija se sintiera completamente impotente y vencida. Pero cuando Q. se sentía resignada y deprimida la madre se volvía muy cálida y apoyadora; de hecho, la paciente sentía que cuando las cosas marchaban mal, no había realmente nadie que pudiera ser tan cálida y generosa como su madre.

Este entendimiento, obtenido en el contexto de un análisis de variadas relaciones objetales parciales que reflejaban aspectos mutuamente escindidos de este patrón general de transferencia, fue seguido por un periodo de rápida mejoría en su propia confianza, autonomía, y la capacidad de estudiar y de ampliar su vida social. Sin embargo, unos meses después, Q. volvió a periodos de insatisfacción crónica con el terapeuta y repetía quejas de que el terapeuta era controlador, rígido, dominante y que no podía tolerar la idea de que ella se hiciera más independiente, y así por el estilo. La interpretación de esta experiencia como una atribución al terapeuta de las características de su propia madre, no llevó a ninguna parte. Al contrario, Q. parecía gozar al parafrasear en forma irónica las interpretaciones del terapeuta "adivinándole" paso por paso. Siguió un largo periodo en el que ninguna comprensión obtenida en el momento de la entrevista parecía tener ningún significado.

Retrospectivamente, parecía más bien fácil interpretar el rechazo de Q. de escuchar, su casi gozosa destrucción de todo lo que recibía del terapeuta, como una repetición de la relación con su madre con papeles invertidos: Q. se había vuelto ahora una madre sádica, entrometida que no podía tolerar el éxito del terapeuta. Sin embargo, durante las muchas semanas en que Q. representó con éxito este patrón, el único "asidero" del terapeuta a su convicción de que éste era el significado de su conducta, fue a través de tener en mente la comprensión de la transferencia total ganada transitoriamente en un episodio anterior. Aquí, el "acting out" consistió no sólo en crear una cortina de humo que destruiría la comprensión previa que la paciente había logrado, sino también en la naturaleza muy aislada del entendimiento que la paciente podía tolerar en sí misma. En suma, el aislamiento de breves momentos de comprensión profunda pudiera ser en sí misma una forma de "acting out", una expresión de la intolerancia del aprendizaje como un proceso continuo ocasionado por una grave culpa inconsciente, por ejemplo.

La función central de terapeuta como una polaridad diádica y los peligros del "acting out" en la contratransferencia

Los esfuerzos del terapeuta por integrar lo que sucede afectiva y cognoscitivamente, usando su experiencia subjetiva como punto de partida, deben ampliar su comprensión con cualquier evidencia objetiva de la que disponga a través del proceso mismo de repetición –la secuencia característica dentro de los paradigmas de la transferencia repetitivamente predominantes, que son tan típicos de los trastornos límite. La cuidadosa atención a las secuencias de patrones dominantes de conducta que ha interpretado en varias ocasiones durante el pasado, permite al terapeuta transformar su experiencia

subjetiva en el presente en una declaración interpretativa. El riesgo principal es su sobredependencia a sus reacciones emocionales, la que a su vez puede reflejar temas de la contratransferencia.

Hay tentaciones narcisistas para el terapeuta cuando se pone en el centro de la comprensión de la interacción paciente-terapeuta. Muchos pacientes límite, especialmente aquéllos con tendencias gravemente narcisistas, acusarán al terapeuta de grandiosidad, de inmiscuirse de manera artificial en una situación que, en cuanto puede ver el paciente, no tiene relevancia emocional para él. Reevaluar el conocimiento que tiene de la vida actual del paciente fuera del horario de tratamiento, tener en mente los problemas que trajeron al paciente a tratamiento así como las metas terapéuticas, y sobre todo, la determinación de evaluar la realidad inmediata de la situación terapéutica antes de permitirse la especulación, todo esto ayudará al terapeuta a soportar las amenazas a su objetividad.

Quizá el aspecto más difícil de la interacción terapéutica sea la experiencia subjetiva del terapeuta como un reflejo de un aspecto proyectado de la experiencia de sí mismo del paciente. En otras palabras, puede ser lo más difícil para el terapeuta tolerar lo que el paciente, por medio de la identificación proyectiva, induce en él en tanto el paciente representa la experiencia de su representación objetal. En general es menos difícil tolerar la interacción cuando el terapeuta representa la representación objetal del paciente directamente. En cuanto a que el paciente, por lo general se ve a sí mismo como la víctima de un objeto sádico, frustrante, abrumador, y no accesible, la identificación con la autoimagen del paciente en estos momentos puede amenazar la capacidad del terapeuta de contener esa reacción dentro de él mismo y usarla para interpretaciones. De nuevo, la comprensión teórica de la naturaleza de activaciones recíprocas de relaciones objetales parciales, de representaciones primitivas objetales y del sí-mismo en forma alternativa, debiera ayudar al terapeuta a organizar su experiencia en tales momentos. La capacidad del terapeuta para tolerar su experiencia emocional sin tener que transformarla en acción, para derivar su interpretación de la situación más que actuar sobre ella directamente, es un factor principal para ayudar al paciente a transformar la acción en una experiencia subjetiva.

En conclusión, creo que se ha subestimado la normalidad de muchos adolescentes y la gravedad de la psicopatología de muchos de ellos que vienen para nuestra atención. La psicopatología de estos adolescentes necesita enfocarse con una perspectiva estratégica a largo plazo en vez de medidas de apoyo, simples y a corto plazo.

9

Psicoterapia de apoyo

En el contexto de comparar la aplicación apropiada del psicoanálisis, de la psicoterapia psicoanalítica de expresión, y de la psicoterapia psicoanalítica de apoyo, se sugiere (1980, pág. 200) que "la psicoterapia de apoyo quizá tenga que ser reexaminada y reformulada a la luz de lo que ahora se conoce sobre la psicopatología grave". En los párrafos siguientes se presenta dicha reformulación.

Algún tipo de psicoterapia de apoyo, relativamente "pura" o en combinación con técnicas psicoterapéuticas de expresión, ha sido, durante mucho tiempo, una modalidad importante en la práctica diaria de los psicoterapeutas. Por tanto, es sorprendente encontrar tan pocas descripciones detalladas de los principios y técnicas de la psicoterapia de apoyo en la literatura psicoanalítica en los últimos 40 años.

Antes de 1950 la literatura de orientación psicoanalítica sobre la psicoterapia de apoyo se refería a la aplicación de principios y técnicas psicoanalíticas a la psicoterapia en general. Durante ese periodo la atención se enfocó a enriquecer la psicoterapia de orientación psicoanalítica, y no se hicieron esfuerzos claros para distinguir entre técnicas de expresión y de apoyo. Sin embargo, al aplicar la teoría y técnica psicoanalítica a tal enriquecimiento de la "psicoterapia de sentido común", se describieron muchas técnicas que más adelante formaron parte de lo que ahora se conoce como psicoterapia de apoyo.

Quizá las contribuciones iniciales más amplias sean los textos de Schilder (1938), Levine (1942) y Alexander y cols. (1946). Schilder describió el brindar consejo y persuasión, apelar a la fuerza de voluntad, discutir el pasado, cambiar el ambiente del paciente, el análisis de la adaptación social, y la hipnosis para catarsis: para aclarar amnesias, repetir una escena traumática o bien para sugestión. En general, Schilder recomendaba la sugestión. Todas estas técnicas eran acordes con lo que después se llamó psicoterapia de apoyo.

Schilder no hizo una distinción precisa entre lo que actualmente se conoce como teoría de la terapia y técnicas prácticas, pero sí diferenció las técni-

cas que deberían utilizarse por el "médico general" y por el especialista. Estas últimas incluían hipnosis, psicoanálisis, y métodos psicoanalíticos modificados, como la psicoterapia a corto plazo.

El libro de Levine *"Psychotherapy in Medical Practice"* (1942), en su título sugiere el público al que estaba dirigido. Cubría más o menos los mismos temas que Schilder, y se centraba en lo que ahora se conocería como técnicas de apoyo. En verdad, es impresionante ver cuántas de las técnicas descritas por Schilder y Levine todavía se practican ampliamente.

Aunque Alexander y cols., (1946), discutieron los principios de la terapia psicoanalítica, incluyeron bajo el encabezado de "el principio de flexibilidad" la manipulación de la relación de transferencia, considerada como una técnica de apoyo importante. El facilitar una "experiencia emocional correctiva", la que ellos recomiendan, es considerada actualmente como una variedad de la técnica de apoyo.

Al principio de los años 50s, algunos psicólogos del yo, como Gill (1951, 1954), Knight (1952, 1953a), Eissler (1953), y Bibring (1954) criticaron a Alexander (y a Fromm-Reichmann, 1959) por empañar las distinciones entre psicoanálisis y psicoterapia. En el contexto de esta controversia, estos teóricos intentaron definir con mayor claridad las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia y, dentro de la psicoterapia, las modalidades de apoyo y de expresión. Gill (1951, 1954), en particular diferenció la psicoterapia psicoanalítica exploratoria, de "insight", de descubrimiento, o simplemente de expresión de la psicoterapia de supresión o de apoyo, y diferenció toda la psicoterapia del psicoanálisis. Fue Gill (1954), quien explicó más claramente la presunción teórica de que el propósito de las técnicas de apoyo era reforzar las defensas del paciente y así mejorar su funcionamiento total, en tanto que las técnicas de expresión estaban dirigidas a debilitar las defensas del paciente, reorganizar el yo, y promover la reorganización de la personalidad al producir un cambio intrapsíquico estructural. Tanto Gill (1951), como Bibring (1954), declararon que las técnicas de apoyo y de expresión con frecuencia se combinan en cualquier tratamiento psicoterapéutico. Bibring propuso que el uso de algunas técnicas en preferencia a otras determinaba hasta que grado un tratamiento era de apoyo o de expresión.

El proyecto Menninger hizo operativa la definición de las modalidades de apoyo y de expresión de la psicoterapia (Wallerstein y Robbins, 1956). El tratamiento de cada paciente se definía según el punto donde caía a lo largo del "continuum" desde la mayor expresión (psicoanálisis) hasta la menor y el mayor apoyo (psicoterapia de apoyo), lo que se determinaba al estudiar el uso que cada uno hacía de las técnicas y principios básicos sugeridos por Bibring (1954), a saber, sugestión, abreacción, manipulación (de apoyo), clarificación e interpretación (de expresión) (Luborsky y cols., 1958).

Los resultados del proyecto Menninger indicaron, de manera inesperada que los pacientes con debilidad del yo tratados con psicoterapia de apoyo –siguiendo la conceptuación tradicional de que estos pacientes necesitan reforzar sus operaciones defensivas y que la resolución de resistencias por medio de la interpretación es por lo tanto riesgosa– tuvieron malos resultados (Kernberg y cols., 1972). En contraste, muchos pacientes en esta misma categoría, que fueron tratados con psicoterapia de expresión tuvieron resultados notablemente buenos. Según se predijo, estos pacientes tuvieron resultados más bien malos con el psicoanálisis no modificado.

A través de los años 60s diversas contribuciones clínicas ayudaron a especificar y aclarar los componentes de apoyo de la psicoterapia. Novey (1959), iniciador de la tendencia, concluyó que se usa apoyo en todos los enfoques psicoterapéuticos. Aunque no creía que la psicoterapia de apoyo representara un sistema completo de terapia por sí misma, el describió procedimientos técnicos específicos que tenían aspectos de apoyo, como el apoyo verbal directo y las implicaciones de apoyo de declaraciones abiertas y directas y otra conducta verbal, así como de la conducta no verbal del psicoterapeuta.

Hollon (1962), describió la técnica de psicoterapia de apoyo para pacientes externos deprimidos, y MacLeod y Middelman (1962), informaron sobre un tratamiento externo de apoyo para pacientes perturbados crónicos con debilidad del yo grave. Algunas contribuciones psicoanalíticas sobre las técnicas de apoyo abundaron sobre la idea de Gill y Bibring de que el reforzamiento selectivo de ciertas estrategias defensivas puede apoyar al funcionamiento del yo en tanto que además permite un enfoque exploratorio o interpretativo en este contexto. Por ejemplo, Tarachow (1963), sugirió medidas que eran profundamente de apoyo dentro de una psicoterapia psicoanalítica. Sus principios predominantes eran facilitar el objeto infantil en la realidad, facilitar desplazamientos y estabilidad. En contraste, con un énfasis sobre el apoyo verbal, propuso que el apoyo más efectivo es que el terapeuta se permita a sí mismo ser real para el paciente en alguna forma implícita o indirecta.

Gedo (1964), de acuerdo con Grinker (Grinker y cols, 1961), recomendaba la psicoterapia de apoyo para pacientes "cuya capacidad integradora del yo es insuficiente para tolerar la ansiedad generada por interpretaciones derivadas del inconsciente, cuyas relaciones objetales consisten predominantemente en transferencias cuya irracionalidad son incapaces de percibir, y cuya representación del sí mismo es la de un niño que carece de autonomía" (ver pág. 534).

Quizá el texto más amplio o de la psicoterapia es el de Dewald (1971), que describe dentro de un marco psicoanalítico, el espectro de los aspectos de expresión contra los de apoyo en la técnica a lo largo de todas las fases y vicisitudes. Una revisión crítica total de la literatura de la psicoterapia psicoanalítica puede encontrarse en el ensayo de Wallerstein (1966), y su trabajo posterior relacionado con éste (1969).

Miller (1969), y Langs (1973), señalan los aspectos de apoyo de los enfoques interpretativos en la psicoterapia, continuando la tradición de los años 50s y 60s, que veían a la psicoterapia psicoanalítica como una combinación de técnicas de apoyo e interpretativas y los efectos de las intervenciones del psicoterapeuta también como teniendo rasgos de expresión y de apoyo. En contraste, dos contribuciones inglesas significativas consideran a la psicoterapia de apoyo como una modalidad específica del tratamiento y proporcionan resumenes amplios de sus técnicas (Stafford-Clark, 1970; Bloch, 1979).

Schlesinger (1969), presenta un análisis interesante de los efectos de la psicoterapia de apoyo como generalmente se practica, en cuanto a restringir

de manera potencial la gama de exploraciones e intervenciones del terapeuta a causa del temor a volverse "expresivo" con un paciente que presumiblemente sería capaz de responder sólo a una modalidad de apoyo del tratamiento. Subraya el propósito y efectos de apoyo de las técnicas exploratorias o de expresión y concluye recomendado que los términos de *apoyo* y de *expresión* ya no se usan para denotar diferentes tipos de psicoterapia. Prefiere usarlos para describir propósitos específicos, así como efectos y técnicas dentro de cada modo concreto de terapia. Si bien no estoy de acuerdo con su idea de ampliar el significado del término *psicoterapia de apoyo* para incluir propósitos y efectos más que sólo técnicas, encuentro como una contribución importante sus observaciones relativas a los efectos negativos de la fundamentación lógica para la psicoterapia de apoyo y de expresión sobre la práctica de la psicoterapia psicoanalítica en los años 50s y 60s.

Las definiciones que he dado del psicoanálisis y de la psicoterapia de expresión (capítulo 6) se basan en las *técnicas* utilizadas en el tratamiento. Los *efectos* de las técnicas empleadas en la psicoterapia de expresión varían; sin embargo, según la gravedad de la psicopatología del paciente. Como se señaló (1980, pág. 199), estas técnicas tienen diferentes efectos en el tratamiento de los trastornos límite y neurosis ordinaria y patología no límite del carácter.

Yo definiría la psicoterapia de apoyo técnicamente diciendo que no usa interpretación; parcialmente usa clarificación y abreacción, y principalmente utiliza sugestión y lo que yo denomino intervención ambiental (similar al concepto más antiguo de *manipulación*). Aunque el terapeuta debe permanecer muy consciente de la transferencia, controlar sus desarrollos, y considera cuidadosamente las resistencias en la transferencia en relación a su técnica en el manejo de problemas de carácter de los pacientes y su conexión con dificultades vitales, la transferencia no se interpreta, y el uso de la sugestión e intervención ambiental elimina la neutralidad técnica.

En conclusión, el psicoanálisis, la psicoterapia de expresión, y la de apoyo pueden definirse en términos de (1) las principales herramientas técnicas utilizadas (clarificación e interpretación contra sugestión e intervención ambiental), (2) el grado al que la transferencia se interpreta y (3) el grado al que se conserva la neutralidad técnica.

Las indicaciones y contraindicaciones para la psicoterapia de apoyo se explican en detalle en el capítulo 10. En este capítulo sólo se menciona que la terapia de apoyo es apropiada generalmente como un tratamiento de último recurso –es decir, cuando otras formas deben excluirse. Debe subrayarse otro punto; por las razones descritas en el capítulo 10, es más fácil cambiar de la psicoterapia de expresión a la de apoyo que en la dirección opuesta.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Es importante, cuando se recomiende la psicoterapia de apoyo (y también la de expresión y el psicoanálisis) aclarar al inicio de la consulta o bien al comenzar el tratamiento, las metas generales y los objetivos específicos del tratamiento; definir cuando menos un área en la que el paciente y el terapeuta estén de acuerdo respecto a estas metas; distinguir las metas del tratamiento de las vitales (Ticho, 1972), y enfatizar, que la psicoterapia es una labor conjunta del paciente y el terapeuta. La función de este último es contribuir con el conocimiento que pueda ayudar al paciente a comprenderse mejor a sí mismo y sus conflictos y, consecuentemente, trabajar con mayor eficacia sobre sus conflictos y problemas en la realidad. Precisamente porque las oportunidades para el análisis sistemático de las transferencias primitivas del paciente y sus percepciones y expectativas mágicas están menos disponibles en esta modalidad del tratamiento que en las formas de expresión, en la psicoterapia de apoyo es aún más importante crear una base racional para el tratamiento, que constituya un límite de la realidad contra el que puedan diagnosticarse y modificarse después las distorsiones de la transferencia. Las responsabilidades continuas del paciente sobre su propia vida debieran explicarse, y si se prevé la necesidad de apoyo externo, deberá definirse su estructura y relación con la psicoterapia.

Una ventaja importante de la terapia de apoyo es que la frecuencia de las sesiones puede adaptarse, de dos a tres por semana a una por semana; una cada dos semanas o incluso menos. Sin embargo, en tanto menos frecuentes sean las sesiones, más importante es evaluar el trabajo que el paciente realizó entre los horarios de tratamiento y lo que se ha aprendido en las sesiones. Lo más importante es que el terapeuta relacione en forma activa los contenidos de una sesión con otra. En verdad, ésta es una forma no interpretativa de trabajar con el mecanismo de escisión: una disociación activa de la vida del paciente, de sus sesiones de psicoterapia o una escisión defensiva de una sesión y la siguiente, pueden explorarse en términos de la realidad de las tareas del paciente en el tratamiento. Es esencial para el terapeuta explorar por completo la vida del paciente –los conflictos y patrones de interacción fuera de las horas de tratamiento– y en el proceso cuestionar la vaguedad, falta de información, y los efectos distorsionadores de los mecanismos primitivos de negación, fragmentación de la experiencia emocional, devaluación y otros. Una exploración activa de la vida del paciente –en contraste con la sumisión pasiva del terapeuta a la supresión defensiva o vaguedad del paciente– tiende a resaltar los mecanismos primitivos de defensa del paciente y las funciones de resistencia de éstos, y constituye el primer paso en un cuestionamiento de tales operaciones defensivas.

En tanto que la decisión respecto a la frecuencia de sesiones en la terapia de apoyo, puede hacerse con más flexibilidad que en la de expresión, existen peligros para establecer una frecuencia que no se relacione con la naturaleza de la tarea y las metas del tratamiento. Por ejemplo, la motivación primordial de un paciente para el tratamiento pudiera ser la existencia de un problema vital urgente, y una sesión por semana quizá no justifique sus necesidades objetivas para tomar decisiones rápidas en áreas importantes de su vida. En algunos terapeutas una sesión por semana puede fácilmente fomentar la idea de que poco ha de esperarse del paciente bajo tales circunstancias; esto, a su vez, puede fomentar la pasividad del paciente y una actitud de tipo parasitaria hacia la terapia. Con frecuencia existe el peligro de relacionar la poca frecuencia de las sesiones con un tratamiento considerado

como la "segunda mejor opción" en calidad (el peligro contrario será, por supuesto, intentar llevar a cabo una psicoterapia de expresión una vez a la semana o menos; lo que equivale al mal uso o aún el abuso de la interpretación como técnica).

Los objetivos de la psicoterapia de apoyo pueden ir de ambiciosos a modestos, pero aún las metas modestas pueden exceder las capacidades del paciente. Una meta modesta para el paciente incapaz de funcionar de manera independiente puede ser capacitarlo a funcionar en forma autónoma dentro de sus limitaciones, con apoyo psicoterapéutico continuo. En otros casos, la psicoterapia de apoyo puede tener la función de capacitar gradualmente al paciente a buscar y utilizar las alternativas de estructuras ambientales de apoyo, de modo que la psicoterapia puede terminar cuando el paciente sea capaz de reemplazarla con estos otros apoyos (Robert Michels, comunicación personal).

Con frecuencia, es preferible fijar metas y objetivos para aumentar el nivel de funcionamiento y autonomía del paciente y para cambiar a una forma de psicoterapia de apoyo más de tipo "custodia" sólo cuando se haga claro que la capacidad del paciente para la cooperación, sus recursos intrapsíquicos y sociales, son insuficientes para esta meta ambiciosa. En todos los casos, es necesario estar alerta a la presencia de la ganancia secundaria del tratamiento en la forma de un parasitismo social crónico. Hoy en día hay un buen número de pacientes que se han hecho "expertos" en mantenerse en hospitales diurnos y otras instituciones sociales que proporcionan albergue y algunas diversiones mínimas para la vida sin requerir ninguna responsabilidad individual o ningún trabajo activo por parte de ellos (John Cody, comunicación personal). Algunas formas de psicoterapia pueden inconscientemente fomentar esta ganancia secundaria.

CONCEPTOS ERRONEOS

Hay gran número de conceptos erróneos respecto a la psicoterapia de apoyo. El primero es que es "fácil" conducir dicha terapia. Es desafortunado que, aun dentro de programas de residencia psiquiátrica psicoanalíticamente orientados, los terapeutas con menos experiencia son puestos a cargo de casos de "apoyo" y los más experimentados a los de "expresión". De hecho, requiere más destreza aplicar principios psicoanalíticos a la terapia de apoyo que a la de expresión. La razón es que, como parte de la terapia de expresión, los fenómenos de transferencia son consistentemente explorados en profundo, naturalmente ayudando así al terapeuta a resaltar las constelaciones defensivas del paciente al hacerse manifiestas en las resistencias de la transferencia y, por el mismo estilo, a clarificar los temas dominantes de los conflictos intrapsíquicos inconscientes, sus implicaciones de derivación de impulsos (pulsión) y de relaciones objetales. En contraste, en la psicoterapia de apoyo, las manifestaciones de las defensas y resistencias, de los rasgos patológicos del carácter y su activación en la transferencia, de las resistencias de transferencia, y del "acting out" son menos evidentes, y su manejo requiere mucha experiencia y destreza técnica. En forma ideal, la

terapia de apoyo debiera enseñarse después de haber logrado una base sólida en terapia de expresión. La psicoterapia de apoyo es, como espero estar dejando en claro, no sólo "terapia de sentido común". La psicoterapia comienza donde termina la efectividad del sentido común.

Un segundo concepto erróneo sobre la psicoterapia de apoyo es que las defensas primitivas del yo tienen que dejarse sin perturbar porque, dado el equilibrio supuestamente frágil de las defensas-impulso, interpretarlas puede producir regresión adicional. En este punto, la opinión tradicional es que aun las sesiones frecuentes tienen un efecto regresivo, de modo que en tanto más débil el yo del paciente, menos frecuentes debieran ser las sesiones de terapia. Esta suposición deja de tomar en cuenta que la regresión en el tratamiento depende del manejo de la transferencia y de los efectos de interpretar las operaciones defensivas primitivas. Tanto el proyecto de investigación en psicoterapia de la Fundación Menninger como mi trabajo clínico con trastornos límite, han proporcionado evidencia que indica que las operaciones defensivas primitivas son ellas mismas debilitadoras del yo, pero que la interpretación de estas defensas primitivas tiene efectos fortalecedores en el yo. Esta es una de las razones básicas por las que invoco la psicoterapia de expresión para los trastornos límite. Puede resumirse en la siguiente sentencia: Aunque la interpretación de la transferencia dentro de la psicoterapia de expresión de los trastornos límite, no puede ser sistemática, la interpretación de las defensas primitivas en la interacción terapéutica debiera ser tan sistemática como sea posible.

¿Pero qué tiene que ver esta nueva comprensión del efecto fortalecedor en el yo de la interpretación de las defensas primitivas, con una técnica de tratamiento de apoyo que, por definición, no es interpretativa? En mi opinión, uno de los requisitos técnicos principales de la psicoterapia de apoyo es el trabajo no interpretativo pero consistente con las defensas primitivas en la interacción terapéutica.

Otro concepto erróneo sobre la psicoterapia de apoyo es que la transferencia misma no debiera ser centro de la atención, ya que no ha de interpretarse. Pero ignorar las manifestaciones de la transferencia resulta en una distorsión gradual de la relación terapéutica, con el terapeuta haciendo un ajuste seudoadaptativo a aspectos de la transferencia del paciente en vez de clarificarla y confrontarla y, por lo tanto, arriesgar la activación de un trastorno que refleje el "acting out" de la transferencia primitiva. Se desarrolla una complicidad silenciosa entre el terapeuta y el paciente respecto a áreas clave de los conflictos del paciente, una cesación de la expresión activa de estos conflictos en la situación del tratamiento, y el propiciamiento de mecanismos de escisión y "acting out" en la vida externa del paciente. Estos desarrollos típicamente se reflejan en una relación crónica, superficialmente amigable pero básicamente distante en las horas de terapia, en tanto que parece que toda la acción ocurre en alguna otra parte de la vida del paciente.

Otro concepto erróneo común es que si el terapeuta ignora los desarrollos negativos de la transferencia e intenta mantener una actitud "permisiva", paciente, consistentemente amigable, el paciente podrá realizar una "identificación con el terapeuta". En consecuencia, dentro de una atmósfera de

idealización benigna del terapeuta, el paciente reanudará su crecimiento psicológico. En otras palabras, ignorar la transferencia negativa permitirá evitar o transformar la organización patológica del carácter del paciente y fortalecerá su yo en el proceso. Esta suposición se ilustra con la idea tradicional de que el silencio del terapeuta es terapéutico per se, o con el malentendido y sobre extensión del concepto de Winnicott (1960b), de "sostén", como si no hubiera distorsiones inconscientes en las percepciones del paciente respecto al terapeuta derivadas de la proyección sobre él de funciones primitivas sádicas del superyó y relaciones objetales agresivas disociadas. La reacción negativa paradójica, comúnmente observada hacia la medicación psicofarmacológica incluida como parte de la psicoterapia de apoyo, ilustra los efectos del "acting out" de los aspectos no diagnosticados de la transferencia negativa en relación con la medicación. Por lo general se paga un precio muy alto cuando el terapeuta intenta utilizar las suposiciones mágicas del paciente y las idealizaciones disociadas relacionadas, como parte de una modalidad del tratamiento de apoyo.

Un último concepto erróneo, quizá el más extendido de todos, es que mientras más enfermo el paciente, menos puede esperarse que participe activamente en la psicoterapia. Por lo tanto, casi por definición, los pacientes que están en psicoterapia de apoyo, no se debe esperar que se responsabilicen de sí mismos o que participen activamente en el proceso de tratamiento: la psicoterapia de apoyo se convierte en una modalidad de tratamiento "hecha" o "administrada" *al* paciente. Este concepto erróneo fomenta la pasividad y contribuye en gran manera a los estancamientos en el tratamiento.

TECNICAS BASICAS

La técnica básica de la psicoterapia de apoyo, consiste en explorar las defensas primitivas del paciente en el aquí-y-ahora, con el objeto de ayudarlo a lograr control sobre sus efectos por medios no analíticos y propiciando una mejor adaptación a la realidad haciéndolo darse cuenta de los efectos desorganizadores de estas operaciones defensivas. En el proceso la transferencia negativa manifiesta y suprimida (en oposición a inconsciente o reprimida) puede ser resaltada, reducida mediante un examen consistente de la realidad de la situación del tratamiento, y utilizada para clarificación de los problemas interpersonales relacionados en la vida del paciente.

Por ejemplo, consideremos a un paciente con personalidad paranoide que usa la identificación proyectiva, es hipersensible a la crítica, vive la experiencia de ser atacado por los demás en tanto que inconscientemente los provoca a atacar, y de ser controlado en forma sádica mientras sutilmente ejerce tal control sobre los demás mediante su conducta suspicaz y controladora. Un paciente así puede ser ayudado gradualmente al centrar la atención en una forma discreta, persistentemente cuestionadora, más no amenazante, sobre cómo los patrones de sus interacciones con los demás tienden a repetirse a sí mismos. El análisis de estas dificultades con los demás se facilitará naturalmente por el hecho de que el terapeuta ha observado

ya conductas similares en la relación del paciente con él. Muy seguido, sin embargo, el análisis sistemático de la conducta del paciente en relación con los demás puede ser la primera etapa en la exploración posterior de la misma conducta en la situación del tratamiento. En otros casos, por el contrario, la exploración inicial de la transferencia en el aquí-y-ahora debiera preceder a la exploración de estos problemas en las interacciones extraterapéuticas. Este último orden de prioridad es particularmente útil cuando predomina la transferencia negativa manifiesta. Si no se resuelve, esta transferencia puede amenazar la continuidad del tratamiento y constituir un reto importante para la alianza del tratamiento.

O consideremos al paciente cuyas operaciones de escisión se reflejan en la idealización primitiva de algunas personas y la devaluación total de otras. Una exploración cuidadosa de las relaciones del paciente puede revelar cómo los ídolos previos son repentinamente devaluados o cómo sus juicios sobre los demás rápidamente cambian de la idealización extrema a la total devaluación. El terapeuta puede mostrar al paciente cómo estas secuencias predecibles tienden a debilitar la objetividad del juicio del paciente sobre los demás y a amenazar su relación con ellos, y cómo una reflexión crítica sobre cualquier juicio extremo sobre los demás puede ayudarlo a discriminar su propia realidad.

Otro ejemplo más es la clarificación de la negación manifiesta en un descuido del paciente de las serias responsabilidades de su trabajo, junto con suposiciones mágicas de que lo que se niega no tendrá ningún efecto.

Hay una diferencia importante entre darle al paciente un consejo sobre cómo manejar su vida y ayudarlo a comprender cómo ciertas formas "automáticas" de funcionamiento son perjudiciales a sus intereses. El terapeuta no debería dar consejos a un paciente sobre problemas que este último, puede ser capaz de manejar por sí mismo pero que está evitando en forma defensiva. La función del terapeuta es hacer conocer al paciente sus defensas primitivas y los efectos de éstas sobre su evaluación de la realidad y sus procesos de toma de decisiones. En contraste con los esfuerzos por anular los rasgos patológicos del carácter y las defensas primitivas con el consejo de un conducta más "normal", el terapeuta intenta hacer conocer al paciente los aspectos conscientes y preconscientes de sus dificultades intrapsíquicas y ayudarlo a utilizar este conocimiento, que el paciente potencialmente tiene y que está evitando activamente.

La psicoterapia de apoyo puede ser muy "permisiva" al aumentar la libertad interior del paciente para la toma de decisiones mediante un enfoque activamente confrontador; por otro lado, lo que a menudo parece una actitud permisiva y tolerante del terapeuta puede en realidad reflejar una complicidad inconsciente con las tendencias autoderrotistas del paciente.

En contraste con la posición de neutralidad técnica que caracteriza al psicoanálisis y es un punto de referencia constante en la psicoterapia de expresión igualmente, en la psicoterapia de apoyo el terapeuta toma partido deliberadamente con las necesidades de la realidad externa y está atento a las necesidades emocionales del paciente —en otras palabras, el terapeuta está promoviendo la adaptación y expresión de impulsos. Puede haber ocasiones en que la adaptación entre en conflicto con la expresión de impulsos

en cuyo caso el terapeuta deberá reconocerlo y estar disponible para explorarlo con el paciente. Ilustraré este punto con un ejemplo en el que el terapeuta esté claramente alineado con el "id" (ello) del paciente.

R.: Era un hombre de 30 años que no se atrevía a masturbarse porque pensaba que su religión lo prohibía. **R**. nunca iba a la iglesia ni daba alguna otra indicación de que las consideraciones de tipo religioso fueran de importancia para él. Más que ayudarlo directamente a sobreponer su inhibición sexual, yo presté atención de manera consistente sobre la contradicción entre esta prohibición religiosa particular y su actitud por lo general casual hacia la religión. El paciente respondió alternadamente sospechando que yo lo provocaba a dejar su religión y que lo hacía sentirse culpable de modo que se volviera por igual más religioso en otros aspectos de su vida.

Con el tiempo, trató de convencerme de los peligros de la masturbación, identificándose implícitamente con su superyó sádico en tanto que proyectaba sus impulsos sexuales sobre mí. Gradualmente pude transmitirle lo enjuiciadoras que parecían sus actitudes sobre la sexualidad, aparte de sus convicciones religiosas. Le señalé que, aunque el suponía que yo no era un miembro de su grupo religioso, él se molestaría mucho si mi conducta no se conformara a las costumbres de ese grupo. **R**. pudo reconocer eso, y más adelante también se dio cuenta de lo condenatorio de su actitud respecto a las actividades sexuales de otras personas en su vida. Este desarrollo a su vez llevó a mi observación que él era muy crítico consigo mismo y respecto a asuntos sexuales, y que su convicción religiosa servía sólo como una racionalización para una actitud emocional omnipresente, muy profunda. **R**. mismo relacionó entonces esta actitud crítica hacia la sexualidad con experiencias en su pasado y con sus padres duramente prohibitivos.

Aquí, yo añadiría que cada vez que tal "insight" ocurre como un resultado colateral de un enfoque esencialmente de apoyo es muy apreciado, pero no debiera tentarnos a ir de inmediato más allá de los límites generales del enfoque de apoyo. En otras palabras, la terapia de apoyo no desanima a los pacientes a profundizar en su conocimiento de sí mismo, sino que trabaja exclusivamente con material consciente y preconsciente. Ya que las operaciones defensivas son por lo general las primitivas de negación, identificación proyectiva o escisión, más que de represión u otros tipos de más alto nivel, el material de la fantasía primitiva surge en la conciencia, y las operaciones defensivas correspondientes en las manifestaciones de conducta, todo lo que facilita el trabajo terapéutico con estas defensas y contenidos en la terapia de apoyo.

Volviendo a **R**., yo estaba aquí claramente del lado de la gratificación del impulso, el "id", pero en vez de cuestionar las racionalizaciones del paciente de su inhibición sexual determinada por el superego, directamente, exploré con él el conflicto con el aquí-y-ahora en la transferencia, en la relación objetal activada, cuando el paciente se identificó con una figura sádica del superyó en tanto que proyectaba sobre mí una representación de sí mismo guiada por el impulso. En el ejemplo siguiente, por el contrario, me coloqué del lado de la realidad externa.

S.: Un hombre al final de sus cuarentas, alternaba entre una conducta desordenadamente sumisa y rebelde hacia las personas en puestos de autoridad. Poco después de haber comenzado a trabajar en un puesto que había deseado mucho, comenzó a hacer observaciones muy críticas sobre su jefe. Me dí cuenta que ponía en peligro el trabajo que pacientemente y por mucho tiempo se había esforzado en obtener, y tan pronto como las primeras manifestaciones de estos conflictos renovados con la autoridad surgieron en el tratamiento, le dirigí la pregunta. Le dije que si su jefe era deveras, como él decía, un hombre hipersensible y vengativo, ¿no sería una amenaza para el futuro del paciente en ese trabajo incluso cualquier expresión leve de enojo o resentimiento de su parte? **S**. de inmediato me acusó de querer que él se comportara en forma sumisa y de tomar partido con su esposa (quien le había advertido la posibilidad de perder el trabajo) y con otras autoridades que siempre estaban culpándolo. **S**. también me acusó de querer que él continuara en una situación de trabajo en la que le pagaban bien, de modo que pudiera pagar su tratamiento conmigo, sin importar las humillaciones y sacrificios que este trabajo implicaba.

La activación en la transferencia de este patrón de vida escaló rápidamente, con utilización masiva de mecanismos proyectivos. Comencé por clarificar plenamente la realidad de la situación del tratamiento; a saber, que en verdad yo esperaba que él me pagara los honorarios convenidos y que no podría verlo si él no podía hacerlo. Añadí que en caso de que perdiera su trabajo presente, yo confiaba en que podría encontrar otro que le permitiera continuar el tratamiento. En cuanto a mí concernía, si el continuaba o no con este trabajo, no era lo esencial, pero debería considerar bien si estaría más o menos satisfecho con las alternativas razonablemente disponibles. Atraje su atención sobre cómo en el pasado él se había quejado amargamente porque había perdido trabajos que en retrospectiva le habían parecido atractivos.

Después de varias sesiones, este enfoque orientado a la realidad respecto a la intensa transferencia negativa manifiesta, llevó a una prueba de realidad aumentada en la situación del tratamiento, a una disminución en la intensidad de esa transferencia, y a la aceptación de **S**. de la posibilidad de que pudiera ser razonable para él intentar controlar su conducta en el trabajo para no poner en peligro su puesto, en tanto que seguíamos explorando sus sentimientos sobre su jefe. Fue sólo entonces que yo le señalé cómo, en su enojo y sospecha de mí que fueron en escalada, él había casi recreado conmigo la situación que describía en su trabajo, ilustrando así su propensión a maljuzgar a las personas en puestos de autoridad. También le dije que parecía estar adquiriendo una nueva e impresionante capacidad para retroceder, observar su conducta y cambiarla a la luz de una mejor comprensión.

Este ejemplo ilustra la exploración, clarificación y reducción de la transferencia negativa manifiesta por la repetida confrontación con la realidad; la activación y clarificación de la identificación proyectiva en el contexto de la exploración en el aquí-y-ahora de una relación objetal primitiva activada en la transferencia; y un enfoque generalmente de apoyo a la patología paranoide del carácter.

Otro principio general de la psicoterapia de apoyo es refrenar el uso de declaraciones "apoyadoras", de consejo, y "manipulación" ambiental si el hacerlo así explotaría disposiciones de la transferencia primitiva no analiza-

das. La clarificación, confrontación, intervención ambiental y transmisión directa de la opinión del terapeuta, en asuntos en los que el paciente objetivamente necesita consejo, deberían operar mediante canales racionales y transmitir que el terapeuta tiene confianza en el propio juicio crítico del paciente, en su capacidad para comprender y usar su entendimiento en forma constructiva.

Estoy rechazando el concepto tradicional de *manipulación* como una técnica de apoyo, a pesar de su uso benigno por psicoanalistas interesados en la psicoterapia de apoyo. Creo que tiene implicaciones denigrantes para los pacientes y para la psicoterapia de apoyo. Ciertamente no podemos evitar los efectos sugestivos de las intervenciones racionales, o, a un nivel más profundo, de las reverberaciones de la transferencia, poderosas aunque no diagnosticadas relacionadas con todo lo que decimos y hacemos durante el tratamiento del paciente en la psicoterapia de apoyo. Sin embargo, si el terapeuta proporciona información, consejo limitado y cuidadosamente considerado, y la expresión directa de apoyo, con base en una consideración racional, pueden obtenerse algunos efectos directamente de apoyo y los límites de la realidad en la situación del tratamiento, pueden así reforzarse. Es sólo contra estos límites de la realidad que podemos detectar defensas primitivas y distorsiones de transferencia en el tratamiento y el "acting out" del paciente en la realidad externa.

Esto también significa que cuando deseamos introducir medicación como parte de la terapia de apoyo deberíamos explicar su justificación lógica y lo que el paciente puede esperar de ella. La medicación debería usarse en dosis efectivas farmacológicamente, más que para efectos de placebo. Si se desarrollan estos últimos deberían diagnosticarse sin interpretarse de manera necesaria, y sin intentar explotarlos tampoco. De modo similar, se introducen técnicas directas de modificación de conducta en la psicoterapia de apoyo —como terapia sexual, hipnosis o una guía activa para confrontar la evitación fóbica— deberá perseguirse un enfoque esencialmente racional. Las razones para introducir estas técnicas deberían encajar en el contexto de los objetivos y procedimientos globales del tratamiento. Si estas técnicas se introducen en forma arbitraria, el sentido de responsabilidad del paciente, que el terapeuta ha estado tratando de cultivar, se deteriorará; tratará estas técnicas en una forma mágica u obscurecerá la transferencia escindiendo las reacciones de la transferencia del terapeuta hacia la técnica recientemente introducida. En otras palabras, es importante que el terapeuta mantenga la lógica interna y consistencia de su esquema conceptual, sus técnicas y la comprensión verbalizada que define las metas y responsabilidades de paciente y terapeuta en la situación de tratamiento.

Otro principio general más, es que las acciones del paciente a lo largo del tratamiento, necesitan evaluarse en términos de la relación de éstas tanto del "acting out" de la transferencia, como de la gratificación de las necesidades emocionales básicas en formas adaptativas en la realidad social del paciente. Es verdad que, ya que no se intenta un análisis sistemático de la transferencia en estos casos, es menos asequible una exploración completa del "acting out" de la transferencia. Pero el "acting out" mismo es también menos indeseable que en las modalidades de expresión en el tratamiento, y el nuevo aprendizaje adaptativo potencialmente implícito en dicho "acting out" debería diagnosticarse y apoyarse.

Etapas inciales del tratamiento

Es crucial definir desde el principio, los problemas principales de la vida del paciente y de su psicopatología que han de explorarse y modificarse en el curso del tratamiento. Esta es una condición previa para definir los objetivos del tratamiento y de los papeles del paciente y terapeuta en la obtención de los mismos. Las metas del tratamiento deberán ser realistas, lograrse con mecanismos que puedan explicarse y discutirse con el paciente más que con la suposición de que, simplemente con reunirse, el paciente y el terapeuta mágica y conjuntamente producirán una solución de los problemas del primero. Es importante plantear al inicio la cuestión de si se requiere una intervención ambiental directa o si es necesaria, cómo se realizará, y si hay alguna necesidad de poner límites a la conducta del paciente como un prerrequisito para el tratamiento. Las tendencias gravemente destructivas o autodestructivas en la vida inmediata del paciente, pueden requerir estas precauciones realistas. Es necesario subrayar su responsabilidad para comunicarse en forma honesta con el terapeuta. El paciente deberá saber que se espera que realice por su cuenta el trabajo entre sesiones. El terapeuta deberá establecer una función de control por la que pueda evaluar de sesión a sesión, cómo está influyendo el tratamiento al paciente fuera de estas horas. Deberá esperarse que el paciente informe bien al terapeuta los desarrollos en su vida, y le comunique pronto y por completo las áreas de conflictos y dificultades.

Las instrucciones iniciales al paciente deberán transmitir estas expectativas e invitarlo a comunicarse libre y abiertamente en las sesiones; si no se van a discutir problemas presionantes, nueva información o un "reporte", el paciente debe entonces expresar libremente lo que venga a su mente durante la sesión.

Las indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento psicofarmacológico y/u otras técnicas terapéuticas especiales, deberán evaluarse por completo en las etapas iniciales del tratamiento, en vez de introducirlas en cualquier forma más adelante, como respuesta a la falta de mejoría del paciente. En otras palabras, una integración estratégica de varias técnicas de tratamiento como parte de un plan global de tratamiento, es preferible a una introducción al azar de nuevas modalidades en respuesta a la transferencia —y contratransferencia.

Una evaluación cuidadosa y detallada de la personalidad del paciente, y de las interacciones en su vida externa, deberá proporcionar información respecto a los patrones dominantes de carácter y de aquellos vinculados a sus relaciones objetales significantes. Esta información hace posible predecir los desarrollos futuros en la vida del paciente, planear las intervenciones diagnósticas y terapéuticas en estas áreas, y realizar el trabajo elaborativo en un marco esencialmente no interpretativo. Dentro del contexto terapéutico mismo, el terapeuta deberá diagnosticar las defensas primitivas predominantes y anticipar las intervenciones técnicas engranadas con su elaboración.

Diagnosticarse los factores ambientales dañinos, las influencias antiterapéuticas que se originan en el entorno del paciente, y las fuentes ambientales de ganancia secundaria, para su exploración en las sesiones y para la intervención potencial ambiental directa.

Un problema importante en la práctica de la psicoterapia de apoyo puede ser la imitación del terapeuta, injustificada, de la técnica psicoanalítica en el sentido de "recostarse en su silla", y dejar por completo al paciente la iniciativa para la estructuración del contenido de las horas de sesión. Esto por lo general, fomenta formas sutiles de "acting out" en la transferencia; el paciente cambia a una actitud pasivo-dependiente hacia el tratamiento, y las defensas primitivas quedan bajo tierra en la transferencia. Debe esperarse que el paciente hable abiertamente, no sólo sobre sus conflictos, pensamientos y sentimientos sino también sobre los desarrollos significativos entre sesiones.

En tanto que debe animarse al paciente a comenzar cada sesión informando en forma espontánea al terapeuta sobre su vida, éste deberá preguntarse a sí mismo lo siguiente: ¿Es en realidad importante o crucial lo que el paciente me está diciendo? ¿Está relacionado con sus quejas iniciales o con los problemas que estamos explorando ahora? ¿Está relacionado con nuestras metas comunes en el tratamiento? ¿Está relacionado con problemas que estamos explorando en la actualidad? ¿Refleja lo que el paciente ha hecho con lo que examinamos en nuestra última sesión o sesiones? ¿Incluye nuevos temas importantes para exploración psicoterapéutica? El terapeuta entonces evalúa la colaboración activa del paciente en el tratamiento, la presencia o ausencia de continuidad contra los mecanismos de escisión, y, a un nivel más profundo, la naturaleza de los desarrollos en la transferencia.

Manejo de la transferencia

Para plantearlo en forma más general: Las transferencias positivas moderadamente intensas pueden utilizarse para la labor psicoterapéutica, pero la idealización primitiva intensa tiene que tratarse con cuidado, a causa de los procesos de devaluación concomitantes que por lo general están activos en alguna otra área de la vida del paciente. Las transferencias negativas latentes deben detectarse para la planeación estratégica, y las negativas manifiestas, explorarse en forma activa, clarificarse y reducirse con el examen realista y completo de las fantasías, sentimientos y conductas conscientes y preconscientes importantes, y reforzando las consideraciones de la realidad. Como dije, la exploración cuidadosa de patrones de conducta repetitivos en la vida del paciente, puede permitir más adelante la exploración de patrones similares en la transferencia. El examen y reducción realista de un cierto patrón de transferencia en las sesiones, puede abrir la vía para explorar dificultades similares en otras áreas de la vida del paciente.

Es importante para el terapeuta tener en mente que, hasta donde tolera la expresión del paciente de una intensa ambivalencia respecto a él, está desempeñando una función de sostén, en el sentido de Winnicott (1960b). Esto reafirma al paciente de la permanencia del terapeuta; aquél descubre que éste no se derrumba bajo el impacto de su agresión, que es posible mantener una buena relación con el terapeuta aun en presencia de frustración o enojo, lo que reduce sus temores respecto a sus propios impulsos y propicia al fortalecimiento de funciones integradoras del yo. El terapeuta ciertamente debería apoyar la búsqueda espontánea del paciente, de los orígenes de su conducta presente en cuanto a que éstos, se refieran a recuerdos conscientes o preconscientes. El terapeuta trabaja principalmente con material consciente y preconsciente, sin embargo, debe recordarse constantemente a sí mismo, que los informes sobre el pasado del paciente, de manera necesaria estarán coloreados por las funciones defensivas y que a menudo, lo que aparece como causas en el pasado, en realidad refleja justificaciones y racionalizaciones de dificultades caracterológicas presentes. Las reconstrucciones seudogenéticas, por medio de las que el terapeuta usa la magia de un supuesto enfoque analítico, al ligar el presente consciente con el pasado consciente, puede reforzar los propios mitos del paciente sobre su pasado y darle la justificación para sus actuales puntos de vista y conducta. Pero una actitud general de "no sabemos quizá de dónde viene todo, pero esto es lo que significa ahora, cómo te afecta y con lo que tenemos que trabajar" representa una base más realista, menos mágica para el trabajo introspectivo por parte del paciente.

Un tipo de "acting out", frecuente y complicado, en la transferencia es aquél en el que el paciente se presenta a sí mismo como la víctima desamparada del maltrato o frustración por parte de otras personas. Si un paciente explica todos sus síntomas como una consecuencia natural de la "realidad" de un cónyuge hostil, es importante reconocer las necesidades insatisfechas del paciente pero también señalar sus propias contribuciones a sus frustraciones. Considerando que en la psicoterapia de expresión o el psicoanálisis hay la posibilidad de trabajo elaborativo de los patrones sadomasoquistas en la transferencia mediante la interpretación, en la psicoterapia de apoyo tales interacciones deberían explorarse en forma directa en términos de su realidad. El terapeuta en forma discreta pero consistente confronta al paciente con la forma en que él contribuye a sus propias dificultades. Esto puede de modo temporal incrementar la transferencia negativa manifiesta, lo que entonces permitirá la exploración de las mismas dificultades en el aquí-y-ahora de las sesiones. Al mismo tiempo, una exploración plena y detallada de las dificultades del paciente —por ejemplo, en las interacciones con su cónyuge— puede de manera sorprendente abrir el camino para nuevas fuentes de gratificación y la actitud masoquista del paciente para ignorarlas o arruinarlas. A menudo el trabajo cuidadoso con la "lógica escondida" de las reacciones de otras personas hacia el paciente, puede en forma indirecta aumentar el conocimiento del paciente sobre sí mismo.

En este punto puede ser útil comparar los enfoques a la transferencia en el psicoanálisis, la psicoterapia de expresión y la psicoterapia de apoyo.

En el psicoanálisis, las defensas del paciente contra una plena conciencia de sus disposiciones de transferencia son exploradas de manera sistemática, lo que lleva a una transformación gradual de las transferencias latentes en manifiestas. Las reacciones de la transferencia evolucionan hacia una neurosis de transferencia bien desarrollada. El análisis sistemático de la neurosis de transferencia, permite su resolución como una resistencia contra el darse

cuenta del pasado inconsciente. Entonces la información sobre el pasado, contenida en la transferencia puede integrarse con la recuperación del paciente del pasado previamente inconsciente mediante el recuerdo y la reconstrucción.

En la psicoterapia de expresión, la atención sobre la transferencia es menos sistemática. La atención combinada sobre el patrón predominante de la transferencia, los conflictos notorios primordiales en la situación vital inmediata del paciente, y las metas de largo alcance del tratamiento, permiten al terapeuta en cualquier sesión decidir con cuánta extensión y profundidad deberá explorarse el patrón predominante de la transferencia. Este enfoque realizado con pacientes con buena fortaleza del yo, se convierte en un análisis limitado de patrones de transferencia. Con pacientes que presentan debilidad del yo —o sea, organización límite de la personalidad— la disponibilidad de material de la transferencia primitiva disociado pero consciente, permite la interpretación de las transferencias primitivas, lo que lleva a su transformación en transferencias "neuróticas", más avanzadas. Estas pueden interpretarse con profundidad, aunque por lo general no se logra una reconstrucción plena del pasado inconsciente.

En la psicoterapia de apoyo, el terapeuta trabaja con las manifestaciones de la transferencia, en particular la negativa manifiesta. El esfuerzo por trabajar en una forma clarificadora y confrontante con los efectos desorganizadores y regresivos de las operaciones defensivas primitivas (para reducir sus efectos debilitadores del yo) puede llevar a la activación de desarrollo de transferencia negativa manifiesta, en las horas de sesión, los que entonces tienen que explorarse y resolverse como se ejemplificó.

En todos los tipos de tratamiento, el trabajo con la transferencia comienza con manifestaciones conscientes y preconscientes de transferencia, y se prosigue, hasta que las fantasías del aquí-y-ahora del paciente sobre el terapeuta sean exploradas y clarificadas plenamente. Sin embargo, en la psicoterapia de apoyo esta exploración no se conecta interpretativamente con la relación inconsciente del paciente hacia el terapeuta o con su pasado inconsciente. Se usa, en vez de eso, para confrontar al paciente con la realidad de la situación del tratamiento y con distorsiones paralelas en su vida externa. El comienzo del trabajo con manifestaciones de transferencia es el mismo en todas las tres modalidades del tratamiento, pero el punto final es muy diferente. Si un paciente en psicoterapia de apoyo presenta al terapeuta material de fantasía regresivo muy primitivo, la comunicación no se descuida sino que se le sigue la pista hasta problemas de la realidad. En la psicoterapia de expresión, la dirección se invierte: el camino usual es desde la realidad a la exploración de la fantasía subyacente.

MECANISMOS DE CAMBIO

¿Cuáles son los mecanismos por los que se obtiene el cambio en la dirección de los objetivos terapéuticos en la psicoterapia de apoyo? Antes que nada, en un enfoque terapéutico directo, no manipulador, no mágico, las funciones del yo del paciente son comprobadas, activadas y fortalecidas, particular-

mente en las áreas de prueba de realidad y de autoentendimiento, y en la tolerancia e integración de afectos, experiencias y conductas contradictorias. La exploración cuidadosa de operaciones defensivas primitivas, aun sin su resolución analítica, debe permitir previamente una disminución en su control, sin restricción sobre las funciones adaptativas del yo y así aumentar la fortaleza del yo.

A un nivel más profundo, la activación controlada de las relaciones objetales primitivas en la transferencia, representadas en forma parcial con "acting out" en momentos de transferencia negativa manifiesta relativamente estable, así como en momentos de rápidos cambios de transferencia de idealización a transferencia de devaluación, permite una consolidación de la confianza básica del sí mismo cargado libidinalmente y las representaciones objetales, y debería en verdad permitir alguna identificación parcial con el terapeuta. Sin embargo, esta identificación, está en contraste con la identificación primitiva, disociada con el terapeuta, que ocurre en la base de la idealización narcisista o por el reforzamiento de los mecanismos de escisión que dividen al mundo en objetos completamente-buenos y completamente-malos. La estimulación directa de la expresión más adaptativa de las operaciones defensivas y la gratificación del impulso, puede gradualmente producir una mejoría global en el equilibrio impulso/defensa. Los efectos no específicos de todas las intervenciones terapéuticas (Kernberg, 1980, capítulo, 10) también operan aquí; las funciones de "sostén" afectivo y de "contenedor" cognoscitivo del terapeuta son de importancia significativa en los pacientes con debilidad del yo.

10

Indicaciones y contraindicaciones para modalidades de tratamiento basadas psicoanalíticamente

Habiendo descrito las características distintivas de los diversos tipos de psicoterapias basadas psicoanalíticamente, pudiera ser apropiado explicar las indicaciones y contraindicaciones generales para cada uno, así como para el psicoanálisis propio.

Estos criterios no pueden basarse exclusivamente en el diagnóstico de la organización de la personalidad (neurótica vs. límite) o en dicho diagnóstico junto con la constelación predominante de rasgos patológicos del carácter. Es de lamentar la práctica de permitir que factores externos o circunstanciales —por ejemplo, la situación económica del paciente, factores sociales o geográficos, preferencias y habilidades personales del psicoterapeuta, o las presiones externas sobre él— determinen la elección del tratamiento. Debiera tener precedencia el tratamiento que fuera óptimo para cada caso. Sin embargo, a veces estos factores externos pueden requerir un cambio de lo óptimo a lo factible. Con frecuencia, compartir con un paciente lo que pensamos que sería el tratamiento ideal para él, así como nuestro interés por la ausencia de condiciones realistas para dicho tratamiento, puede movilizar la participación activa del paciente. A menudo es sorprendente la capacidad del paciente para movilizar sus propios recursos psicológicos y psicosociales.

PSICOANALISIS

Aunque la mayoría de los pacientes límite como se ha señalado, logran mejor resultado con la psicoterapia psicoanalítica modificada, hay algunos que pueden analizarse sin modificaciones de la técnica, y en forma reciente me he vuelto más optimista a este respecto. Además del potencial para un "acting

out" grave inicial y del grado al que hay un yo observador, quizá los criterios más importantes para saber si un paciente límite puede ser analizado son primero, el nivel al que existe cierta integración del superyó, de modo que el paciente presente sólo tendencias antisociales muy limitadas; y, segundo, el grado al que las relaciones objetales han evolucionado de modo que cuando menos algunas transferencias neuróticas, avanzadas (en contraste con las más primitivas) estén disponibles. Cuando las tendencias antisociales son notorias, en general hay peligro de que la distorsión y la mentira conscientes invadan el tratamiento, lo que hace muy difícil, en verdad, el psicoanálisis propio, y quizá hasta imposible. Cuando el paciente tiene alguna capacidad para relaciones profundas, diferenciadas, con otras personas, hay menos riesgo de que las transferencias primitivas tengan efectos desorganizadores en la situación analítica. De aquí que, cuando los rasgos edípicos diferenciados están fuertemente presentes desde el principio del tratamiento y están disponibles clases de transferencias integradas y realistas además de las caóticas, extrañas, y fragmentadas de los trastornos límite, puede estar indicado el psicoanálisis. Este es particularmente el caso con personalidades infantiles con rasgos histéricos funcionando a un nivel límite.

El psicoanálisis es el tratamiento a elegir para los pacientes que sufren de personalidad histérica, obsesivo-compulsiva y depresivo-masoquista. El psicoanálisis puede estar también indicado para pacientes con histeria infantil, o histeroide, o Zetzel-tipo-dos y tipo-tres —o sea, pacientes con una mezcla de rasgos infantiles e histéricos. (La histeria Zetzel-tipo-uno corresponde a la personalidad histérica propia, y la Zetzel-tipo-cuatro a los casos más graves de personalidad infantil). Aquí, por consideraciones individuales se puede determinar que aún si está presente una organización límite de la personalidad, el tratamiento debería ser el psicoanálisis. Una consideración similar prevalece con las personalidades narcisistas que, a pesar de una organización límite de la personalidad, subyacente, no presentan rasgos límite abiertos (ausencia general de control de impulsos, tolerancia a la ansiedad y canalización sublimatoria) u otros indicadores pronósticamente negativos (infiltración del sí mismo grandioso patológico con agresión, cualidades antisociales, deterioro extremo o pobreza de las relaciones objetales).

En resumen, el psicoanálisis es el tratamiento a escoger para los pacientes con organización neurótica de la personalidad, para personalidades narcisistas que no están funcionando en un nivel límite abierto, y para pacientes que manifiestan algunas estructurales histéricas e infantiles mezcladas.

Sin embargo, existen ciertos requisitos para el psicoanálisis. Dado que el psicoanálisis requiere cuatro o cinco sesiones semanales, debe disponerse de tiempo y dinero, excepto en grandes ciudades donde los institutos psicoanalíticos ofrecen tratamiento a bajo costo como parte de sus funciones educativas.

Es útil considerar para el psicoanálisis a pacientes cuya personalidad y potencial social y cultural son prometedores. La cuestión aquí es un esfuerzo por maximizar el beneficio de un tratamiento tan largo y caro. El psicoanálisis por lo general presupone cuando menos una inteligencia normal, una patología de las relaciones objetales relativamente moderada, rasgos antisociales sólo leves, motivación adecuada para el tratamiento y la capacidad para

la introspección o el "insight". Las manifestaciones no específicas de debilidad del yo debieran estar ausentes.

PSICOTERAPIA DE EXPRESION

La psicoterapia de expresión es el tratamiento a elección para la mayoría de los pacientes con organización límite de la personalidad, específicamente para aquellos con personalidad infantil, narcisista con rasgos límite abiertos, narcisista con condensación del sí mismo grandioso patológico con agresión, y para quienes presentan una mezcla de rasgos de personalidad narcisistas y paranoides fuertes. La personalidad esquizoide, paranoide y sadomasoquista con una predominancia de autodestructividad y sin rasgos sádicos que amenacen la vida, son otros tipos apropiados para la psicoterapia de expresión. Los pacientes con seria autodestructividad crónica (como tendencias automutilantes, suicidas como una "forma de vida" y anorexia nerviosa) son apropiados para este tipo de psicoterapia, si se puede brindar suficiente estructura externa para prevenir o controlar el "acting out" que puede, de otro modo, amenazar la continuación del tratamiento o la vida del paciente. El establecimiento de esta estructura social no debiera impedir al terapeuta conservar una postura esencialmente neutral.

Las personalidades hipomaniacas y las "como si" con seudología fantástica, tienen un pronóstico menos prometedor para la psicoterapia de expresión, particularmente en los casos de seudología fantástica, a causa de la tendencia a mentir.

La psicoterapia de expresión también tiene ciertos requisitos generales que se cruzan con las categorías diagnósticas mencionadas. En todos los casos, es importante que sea posible realizar el tratamiento con la mínima estructuración de las horas de sesión. Si se da estructura externa, el tratamiento deberá realizarse por un equipo, de modo que la neutralidad técnica del terapeuta pueda mantenerse. En otras palabras, el terapeuta no debería intervenir directamente en la vida del paciente, y cualquier intervención que se haga necesaria deberá ser responsabilidad del otro miembro (o miembros) del equipo (una asistente social, quizá, consejero o enfermera). Los pacientes deben ser capaces de preservar una honestidad básica en sus comunicaciones verbales, y los rasgos antisociales graves aun en un paciente sin personalidad antisocial propia, pueden contraindicar la psicoterapia de expresión. Algunas formas graves de reacciones terapéuticas negativas en las que el paciente se identifica con un objeto primitivo extremadamente sádico, pueden contraindicar la psicoterapia de expresión, pero es difícil juzgar esto antes de que el tratamiento inicie (excepto donde las observaciones correspondientes han sido bien documentadas en previos intentos de psicoterapia). En tanto que haya la esperanza de que los aspectos del "acting out" de graves reacciones terapéuticas negativas puedan ser contenidos por la estructura total del tratamiento, el terapeuta puede probar la psicoterapia de expresión.

El compromiso de un paciente con la psicoterapia de expresión incluye la voluntad y la capacidad para cumplir un contrato de asistencia regular —cuando menos dos o tres veces a la semana. En mi punto de vista, la psicoterapia de expresión realizada en un arreglo de una vez a la semana o menos, por lo general es completamente inadecuada. Con sesiones tan poco frecuentes, es imposible hacer justicia al análisis de la transferencia requerido en este tipo de psicoterapia, y hay un serio riesgo de centrarse en la transferencia, rechazando así los desarrollos en la vida del paciente entre sesiones y separando artificialmente la exploración de la transferencia del análisis de la situación vital del paciente. O de otro modo, en un esfuerzo por ponerse al día, el terapeuta puede verse forzado a centrarse tanto en la situación vital del paciente fuera de sesiones, que las manifestaciones de los conflictos del mismo en la transferencia caen al fondo y el tratamiento se paraliza.

Los pacientes candidatos a psicoterapia de expresión deben estar dispuestos a abstenerse de drogas y alcohol, y de otras conductas físicamente autodestructivas. Si sienten que estas inclinaciones están fuera de control, deberán estar dispuestos a reconocerlas abiertamente y a aceptar hospitalizaciones breves. Los pacientes alcohólicos, drogadictos o suicidas crónicos no deberían someterse a esta psicoterapia si esos síntomas no pueden controlarse. Por último, esperamos cuando menos una inteligencia normal como prerrequisito para participar en la comunicación verbal altamente simbólica y abstracta que es parte de la psicoterapia de expresión.

PSICOTERAPIA DE APOYO

Dentro del amplio espectro de neurosis sintomáticas, patología del carácter, y trastornos límite —es decir, toda la psicopatología no psicótica, no orgánica— la modalidad de tratamiento a elegir rara vez es, si es que llega a serlo, la psicoterapia de apoyo. De hecho, creo que como regla general la indicación de psicoterapia de apoyo para estos pacientes deriva de la contraindicación para psicoterapia de expresión.

Hasta donde los pacientes con buena fortaleza del yo —es decir, neurosis sintomáticas y patología límite del carácter— respondan a todas las modalidades de tratamiento derivadas psicoanalíticamente pero en particular a la psicoterapia de expresión o al psicoanálisis (Kernberg y cols., 1972), se indicaría la psicoterapia de apoyo sólo si el paciente carece de motivación o atención psicológica o carece de la capacidad o voluntad para participar en las dos o tres sesiones por semana que se requieren como mínimo para la psicoterapia de expresión.

Es preferible cuando se está considerando la psicoterapia, evaluar primero las indicaciones y contraindicaciones para la psicoterapia de expresión; de hecho, en sentido estricto, es preferible en primer lugar determinar si el psicoanálisis es indicado y el paciente analizable. Si no, la siguiente cuestión es si la psicoterapia de expresión es la indicada. Sólo si todas la modalidades de expresión son contraindicadas deberá considerarse la psicoterapia de apoyo y adoptar una técnica de apoyo estrictamente definida. Quiero subrayar que la aparente falta de tiempo, motivación, introspección y atención psicológica de un paciente —cualquiera de las que si fuera excesiva, contraindicaría la psicoterapia de expresión— deberá evaluarse en forma indagatoria antes de decidirse por la psicoterapia de apoyo. Es ventajoso en todos los ca-

sos realizar la evaluación inicial del paciente con un enfoque de expresión y dar tiempo antes de tomar la decisión de realizar la psicoterapia de apoyo. Un enfoque psicoanalítico del estudio para diagnóstico facilita la evaluación de las indicaciones y contraindicaciones para el espectro total de modalidades psicoanalíticas del tratamiento, y deja la puerta abierta para la psicoterapia de expresión o el psicoanálisis con el mismo diagnosticador.

La historia pasada de compromisos terapéuticos del paciente puede ser de fundamental importancia al evaluar su capacidad para participar en cualquier forma de psicoterapia. Otros problemas pueden inclinar la balanza hacia una forma de apoyo más que de expresión. Si la enfermedad del paciente esta proporcionando un grado substancial de beneficio secundario, el pronóstico para psicoterapia de expresión no es bueno. Otros problemas que militan contra la terapia de expresión incluyen la desorganización de circunstancias de la vida externa bastante graves para requerir intervenciones ambientales; un sentimiento general de urgencia para esta intervención en el ambiente a causa de desarrollos potencialmente dañinos en la vida actual de paciente; una ausencia crónica de relaciones objetales verdaderas (pacientes con agudo aislamiento social); y la presencia de manifestaciones graves no específicas de debilidad del yo.

Sin embargo, la gravedad de algunos de estos rasgos puede contraindicar la psicoterapia de apoyo por igual. Por ejemplo la mentira crónica (aun sin una estructura de personalidad antisocial), una historia de reacciones terapéuticas negativas con conducta agresiva violenta y actos destructivos o autodestructivos, y un inexorable "acting out" masoquista, todo esto puede plantear dudas de si pudiera iniciarse algún tipo de psicoterapia como paciente externo. Un periodo de hospitalización breve o largo puede aclarar estos problemas y ampliar en forma notable el potencial para todas las intervenciones psicoterapéuticas.

La psicoterapia de apoyo es una modalidad ideal para la intervención en crisis. Una técnica de apoyo dentro de las sesiones combinada con intervenciones directas en el ambiente del paciente brinda un tratamiento efectivo de tiempo limitado. Este enfoque debería diferenciarse de la psicoterapia de expresión a corto plazo, un tipo de terapia que en la actualidad se somete a una renovada exploración (Davanloo, 1980). Una pregunta interesante y probablemente aún abierta, es a qué grado una mezcla de técnicas de apoyo y de expresión es menos dañina o más efectiva en la psicoterapia breve o en una intervención en crisis que un tratamiento a largo plazo.

Cuando las circunstancias pesan contra cualquier arreglo realista para el tratamiento o indican un pronóstico extremadamente pesimista, debe plantearse la pregunta de si algún tipo de psicoterapia está indicado. El terapeuta debe aceptar el hecho de que algunos pacientes no pueden ser ayudados por ninguna intervención psicoterapéutica. El darse cuenta de este modo, automáticamente eleva nuestro estado de alerta para establecer requisitos mínimos para el tratamiento, la necesidad de un contrato con el paciente que implique que él asuma algunas responsabilidades durante el tratamiento, y una consonancia realista entre objetivos del tratamiento y proceso del mismo. También reduce las posibles tendencias hacia un celo terapéutico excesivo o un espíritu mesiánico, que pueden ser muy autoderrotistas.

Dentro del amplio espectro de la organización límite de la personalidad, la psicoterapia de apoyo está indicada para la personalidad inadecuada (según la define el DSM-II) y para pacientes con grave patología del carácter y organización límite que presentan rasgos antisociales crónicamente graves aunque no una personalidad antisocial propia (ver capítulo 5 para la discusión diagnóstica correspondiente). La personalidad antisocial tiene un pronóstico sumamente malo para todas las modalidades de tratamiento basadas psicoanalíticamente y probablemente no debería tratarse con tipos ordinarios de psicoterapia.

La psicoterapia de apoyo está indicada también para todos los pacientes con organización límite que no cumplen con los requisitos para la psicoterapia de expresión o psicoanalítica para tal modalidad, aunque serían apropiados con base en su constelación predominante de patología del carácter.

La psicoterapia de apoyo también tiene sus prerrequisitos. El paciente debería presentar un nivel de inteligencia equivalente a la forma verbal compleja del tratamiento —es decir, un cociente de inteligencia de cuando menos 75 a 100. La conducta autodestructiva grave debiera ser controlable al brindar apoyo en las sesiones y estructurar la vida del paciente fuera de éstas. Si una técnica psicoterapéutica de apoyo no es capaz de contener la autodestructividad del paciente, esa puede ser quizá una contraindicación para cualquier tratamiento como paciente externo en este punto; y el paciente puede requerir hospitalización de corto o largo plazo. De manera similar, el desarrollo de reacciones terapéuticas negativas del tipo mencionado antes como potencial contraindicación de la psicoterapia de expresión, debe ser controlado por medios directos en las sesiones, así como por la estructuración de la vida del paciente fuera de éstas.

Paradójicamente, reforzar las consideraciones de la realidad como parte de la técnica de psicoterapia de apoyo tiende a reducir los efectos de reacciones terapéuticas negativas graves, que pueden empeorar con un enfoque de expresión que proporciona una estructuración insuficiente de la vida del paciente. La psicoterapia de apoyo también requiere de una situación vital que no sea tan caótica o destructiva de modo que sea todavía una primera tarea razonable una modificación de la conducta del paciente, más que de un entorno imposible.

CONTRAINDICACIONES GENERALES PARA MODALIDADES DE TRATAMIENTO BASADAS PSICOANALITICAMENTE

Antes que nada, como se mencionó, el diagnóstico de una estructura antisocial de la personalidad prácticamente contraindica cualquier modalidad de psicoterapia basada psicoanalíticamente. Además, cuando la ganancia secundaria de la enfermedad excede al sufrimiento del paciente, el pronóstico para psicoterapia es sumamente desfavorable. Por ejemplo, los pacientes con síntomas neuróticos crónicos, rasgos hipocondriacos, y dificultades interpersonales graves que han sido declarados incapaces de cualquier trabajo y se les ha asegurado una pensión estable para el resto de sus vidas, pueden

tener razones realistas (además de las inconscientes) para aferrarse a sus síntomas.

La falta de disposición o la incapacidad para asistir a las sesiones en forma regular, perturbaciones graves en la comunicación verbal, y un CI muy bajo son contraindicaciones obvias. Hay algunos pacientes cuyo despiadado "acting out" de tendencias autodestructivas no es controlable, bien a causa de una necesidad incansable por destruirse a sí mismos o a causa de una combinación de esta necesidad con un entorno psicosocial conspirador en el que los parientes clave, inconsciente o conscientemente, desean la muerte del paciente. Los pacientes con una inclinación crónica a la mentira, aun sin una estructura antisocial de personalidad propia, tienen un pronóstico malo.

REVISION DE LAS MODALIDADES DEL TRATAMIENTO

A veces, son inevitables los errores al sugerir el psicoanálisis o la psicoterapia de expresión para los pacientes límite y es necesario, después de un tiempo, revisar la modalidad del tratamiento. Es relativamente fácil o seguro cambiar la modalidad de psicoanálisis a psicoterapia. Esto puede hacerse gracias a que el analista se da cuenta de que el "acting out" grave y persistente del paciente no puede ser controlado con la sola interpretación y amenaza a la continuidad del tratamiento, o hasta la supervivencia física o psicológica del paciente. A veces, las condiciones de la realidad (a menudo ocasionadas en parte o totalmente por la enfermedad del paciente) deterioran e interfieren con el trabajo analítico. Otras veces, la prevalencia de transferencias primitivas y de operaciones defensivas primitivas evolucionan a una psicosis de transferencia hecha y derecha, con una pérdida de la prueba de realidad en las horas de tratamiento y la imposibilidad para reconstituir un yo observador. Bajo estas circunstancias, el analista puede reevaluar la situación con el paciente, aclarar la naturaleza de los problemas que inesperadamente cambiaron la situación terapéutica total, y transformar el análisis en psicoterapia. En la práctica, esto por lo general significa también realizar entrevistas cara a cara: No veo ventajas alguna sino únicamente desventajas en realizar la psicoterapia psicoanalítica en el "couch" en vez de cara a cara (1975).

Cuando las circunstancias son a la inversa —es decir, cuando lo que comenzó como psicoterapia de expresión debería, en la opinión del terapeuta transformarse en psicoanálisis— la situación es más difícil. Usualmente, en estas circunstancias, el analista ha desarrollado algunas posturas no neutrales y ha establecido parámetros o incluso modificaciones de la técnica que pueden distorsionar la relación de transferencia a tal grado que el análisis se hace difícil o imposible. Por lo tanto, mientras más técnicamente neutral sea la postura del terapeuta en una psicoterapia de expresión con pacientes límite, más fácil será el cambio a psicoanálisis si esto es lo indicado. Ahora el analista tiene que preguntarse, indagando en sí mismo, a qué grado ha utilizado técnicas de apoyo (bajo la forma de comentarios manipuladores o de sugerencia) o ha usado la transferencia como apoyo en vez de analizarla. Si el analista puede contestar en forma satisfactoria estas preguntas en el sentido de que las principales distorsiones de la transferencia o desvíos de la

neutralidad pueden resolverse analíticamente, el caso puede todavía cambiarse a psicoanálisis.

En otras ocasiones, en especial si parece indicado un cambio de psicoterapia a psicoanálisis después de meses o años de tratamiento —es decir, cuando el paciente ha mejorado lo suficiente con la psicoterapia para que el psicoanálisis sea posible— puede ser preferible evaluar la situación completamente con el paciente, fijar ciertos objetivos que deberían cumplirse en la psicoterapia misma antes de terminarla, y luego considerar la posibilidad de terminarla y comenzar el psicoanálisis —si todavía se necesita— más adelante. Bajo estas condiciones, el paciente, idealmente, debería permanecer sin tratamiento cuando menos de 6 a 12 meses de modo que el efecto total de la psicoterapia pueda ser reevaluado después de haber funcionado de manera independiente por un tiempo, y que haya habido oportunidad de resolver el proceso de duelo relacionado con la terminación de la psicoterapia. El paciente debería comenzar el psicoanálisis con un analista diferente.

INDICACIONES PARA HOSPITALIZACION

Ciertos aspectos de la estructura límite de personalidad del paciente, síntomas, situación vital, y/o actitud hacia su enfermedad pueden hacer prácticamente imposible cualquiera forma de psicoterapia psicoanalítica como paciente externo. Cuando se requiere hospitalización, el tratamiento puede ser breve (de varios días a tres meses) o a largo plazo (de tres meses a un año, o más). La hospitalización a corto plazo está por lo general indicada cuando la estructura de personalidad del paciente, síntomas y circunstancias vitales hacen impracticable el tratamiento externo. La hospitalización a largo plazo se indica en gran parte con base en la actitud del paciente hacia su enfermedad.

Los objetivos del tratamiento hospitalario a corto plazo incluyen una evaluación diagnóstica amplia, intervenciones terapéuticas para controlar síntomas, un diagnóstico de la situación familiar del paciente y/o de los sistemas sociales de apoyo y circunstancias traumáticas o disparadoras de conflicto, y una evaluación del tratamiento externo óptimo indicado después de dar de alta, incluyendo la capacidad del paciente para mantener este tratamiento externo.

El objetivo principal del tratamiento de hospital a largo plazo para la organización límite de la personalidad es la modificación de rasgos de personalidad de estos pacientes que pesan contra su capacidad de comprometerse a, y de mantener una psicoterapia externa. Los rasgos clave de la personalidad a ser modificados en el tratamiento de hospital a largo plazo incluyen las actitudes del paciente hacia su enfermedad y hacia el tratamiento, es decir, falta de introspección o "insight", motivación escasa para el tratamiento, y ganancias secundarias importantes de la enfermedad. Los rasgos más negativos pronósticamente para la psicoterapia externa, a saber tendencias antisociales graves y deterioro o ausencia de buenas relaciones objetales residuales internalizadas, pueden ser indicaciones adicionales para tratamiento de hospital a largo plazo.

Por lo tanto, los objetivos del tratamiento de hospital a largo plazo implican los aspectos más profundos del funcionamiento de la personalidad y requieren una exploración total de la personalidad del paciente dentro del hospital (capítulos 20–22).

Los rasgos de personalidad que justifican la hospitalización a corto plazo incluyen la gravedad extrema de los aspectos no específicos de la debilidad del yo que conlleva el riesgo de "acting out" destructivo o autodestructivo, un sentimiento paralizante de caos con crisis en todo el funcionamiento social, y conductas que, sin ser agudamente peligrosas para el paciente o para los demás, ponen en peligro el futuro del paciente e implican que está "quemando los puentes" detrás de él. Los rasgos de la personalidad (o más bien su interacción con el terapeuta) también incluyen una abrumadora predisposición al desarrollo de reacciones terapéuticas negativas. Los síntomas que requieren hospitalización breve incluyen aquéllos que encierran un peligro inmediato para el paciente o para otros, como las tendencias suicidas agudas, ataques incontrolables de rabia con tendencia a la violencia física, abuso de drogas y/o alcoholismo que el paciente no puede controlar, y conducta antisocial que, sin ser intencionalmente autodestructiva, lo es potencialmente a causa de sus efectos. Los rasgos sintomáticos también incluyen regresión aguda en la transferencia en el caso de pacientes que están en psicoterapia externa, y van desde desarrollos psicóticos en la transferencia únicamente (psicosis de transferencia) hasta reacciones psicóticas agudas, generalizadas. Los episodios psicóticos agudos en los pacientes límite pueden reflejar regresión en la transferencia, formas muy graves de reacción terapéutica negativa, los efectos del abuso de drogas, alcoholismo o un trastorno emocional extremoso. Obviamente, los rasgos de personalidad y los síntomas como causas para la hospitalización breve, no pueden siempre ser diferenciados en forma precisa, y se refuerzan entre sí.

Las situaciones vitales que pueden pedir la hospitalización breve de los pacientes límite incluyen un colapso temporal de los sistemas sociales de apoyo del paciente; un círculo vicioso derivado de los efectos desorganizadores del paciente sobre su familia; y las reacciones patológicas, inadaptativas o inapropiadas de la familia hacia la enfermedad del paciente. Una crisis producida por la partida hacia la universidad o por regresar a casa después de una ausencia puede generar este círculo, y una hospitalización breve puede proteger al paciente y estabilizarlo así como a su sistema social de apoyo.

En resumen, todos los rasgos de personalidad, sintomáticos, y ambientales mencionados hasta aquí, por lo general representan indicaciones para una hospitalización a corto plazo, particularmente en el caso de un primer episodio psicótico, crisis social o desarrollo de un empeoramiento sintomático. Los episodios de este tipo, repetidos, pueden revelar intervenciones terapéuticas potenciales que estabilicen el funcionamiento del paciente sin hospitalización, o de otro modo sugerir la necesidad de hospitalización a largo plazo. La falta de una estructura apropiada de tratamiento, capaz de mantener al paciente en un contexto de tratamiento externo puede justificar una hospitalización breve aun con pacientes cuya crisis pudiera de otro modo manejarse sin tratamiento de hospital. Si es un primer episodio de crisis en un paciente que ha estado cumpliendo con una psicoterapia intensiva a largo plazo, necesita reevaluarse si este enfoque de tratamiento es el adecuado, junto con la posibilidad de que lo que pasó fuera el desarrollo de una reacción terapéutica negativa o una regresión aguda en la transferencia. Estas evaluaciones diagnósticas y pronósticas pueden facilitarse con una hospitalización breve.

Se derivan indicaciones adicionales para la hospitalización a corto plazo de las incertidumbres en el diagnóstico, por ejemplo, nuevos desarrollos sintomáticos que plantean cuestiones diagnósticas complejas. También, una interrupción de una psicoteapia externa adecuada puede ser consecuencia de circunstancias externas que interfieren con las horas programadas. La intensificación de la ansiedad o depresión graves dentro de la situación de tratamiento continuo como paciente externo puede constituir otra razón para la hospitalización a corto plazo.

Las indicaciones para la hospitalización a largo plazo en la práctica coinciden con problemas relativos a la actitud del paciente hacia su enfermedad. Los rasgos que se refieren a la actitud del paciente hacia su enfermedad incluyen una capacidad para la introspección, la motivación para el tratamiento, y la ganancia secundaria de la enfermedad. Respecto a la capacidad para la introspección, me refiero no sólo al mantenimiento de la prueba de realidad en un sentido estricto, sino a una combinación de un darse cuenta cognoscitivo y emocional de su enfermedad y preocupación por ella, de modo que el paciente experimenta deseos de ser ayudado. Puede haber evidencia de crisis de la personalidad grave, intensificación de síntomas potencialmente destructivos o autodestructivos y confusión y crisis social en el funcionamiento del paciente sin que presente esta introspección y preocupación, y que en sí misma puede volverse una razón importante para una hospitalización breve.

En contraste, una ausencia de introspección por un largo tiempo frente al malfuncionamiento social crónico, que lleva al rechazo de cualquier tratamiento psicoterapéutico aun en ausencia de pérdida de prueba de realidad, puede ser una indicación para una hospitalización a largo plazo.

La motivación para el tratamiento por lo general va mano a mano con la introspección, pero hay pacientes cuya motivación para el tratamiento es de un tipo primitivo, un deseo de ser cuidado mientras que rehusan tomar cualquier responsabilidad de sí mismos, y que puede pesar contra la iniciación o mantenimiento de una relación psicoterapéutica como paciente externo. El rechazo del paciente a aceptar la responsabilidad de sí mismo puede implicar los riesgos de conducta destructiva o autodestructiva. Por ejemplo, algunos pacientes a quienes nos referimos en otra parte (capítulo 16) como aquéllos que presentan el "suicidio como una forma de vida" pueden darse perfecta cuenta de la naturaleza de sus síntomas, pueden desear ser ayudados, y sin embargo rehusan aceptar la responsabilidad de alentar a su psiquiatra sobre sus impulsos suicidas incontrolables aun en ausencia de cualquier otra ganancia secundaria importante de la enfermedad. Aquí, lo que pudiera llamarse la ganancia primaria de la conducta autodestructiva como un triunfo inconsciente sobre, o una revancha contra una imagen paternal odiada puede pesar contra el tratamiento como paciente externo, justifican-

do la hospitalización a corto plazo (para prevenir un intento agudo de suicidio) y, en otros casos, hospitalización a largo plazo para lograr cambios más fundamentales en la actitud del paciente hacia su enfermedad como una condición para más tratamiento externo.

En los pacientes con organización límite de la personalidad, la ganancia secundaria de la enfermedad es, en general, difícil de separar de la ganancia primaria. Las ganancias obvias derivadas de una relación parasitaria con la familia, la explotación económica a los demás, el control omnipotente sobre el entorno, expresado simbólicamente por los síntomas autodestructivos que mantienen a todos a la expectativa, todos, pueden representar una indicación para hospitalización a largo plazo, encaminada a modificar las actitudes del paciente en esta área así como a ayudar a la familia a vencer el control de la patología del paciente sobre ellos.

La hospitalización a largo plazo puede también estar indicada para los pacientes en tratamiento psicoterapéutico externo intensivo aparentemente apropiado, si ellos presentan una forma grave de reacción terapéutica negativa, si el tratamiento está fallando en refrenar los efectos destructivos del "acting out" crónico o de los patrones de vida autoderrotistas, despiadados, o si la carga en las responsabilidades ordinarias de la vida está siendo reemplazada por una carga exclusiva en la terapia misma ("psicoterapia como reemplazo de vida"). En todos estos casos, los objetivos del tratamiento interno a largo plazo incluyen, antes que nada, el logro de un cambio significativo en la personalidad, relacionado con el permitir la reanudación del tratamiento externo.

Las indicaciones adicionales para hospitalización a largo plazo incluyen la falta de cambio en la impulsividad y "acting out" crónicamente graves, conducta antisocial crónica que no puede reducirse por medio de tratamiento externo, y abuso de alcohol o drogas que, similarmente, a pesar de la estructuración social adecuada del entorno del paciente y aun de las horas de tratamiento dentro de una psicoterapia de apoyo, no puede ser controlado.

Hay algunos casos donde puede ser indicada la hospitalización ya sea a corto o largo plazo pero substituida en forma efectiva por una hospitalización de medio tiempo a corto o largo plazo en hospitales diurnos, por la ubicación en una residencia-hogar o una casa a la mitad del camino o proporcionando un sistema social adicional de apoyo, como una trabajadora social psiquiatra, consejero o enfermera.

III. Personalidades Narcisistas: Teoría Clínica y Tratamiento

11

Enfoques psicoanalíticos contemporáneos sobre el narcisismo

Los tres principales enfoques para el estudio del narcisismo normal y patológico en el pensamiento psicoanalítico contemporáneo se originan en el ensayo de Freud (1914), sobre el narcisismo.

ENFOQUE KLEINIANO

El primer enfoque, relativamente desconocido en este país y basado en la teoría de las relaciones objetales de Melanie Klein, está representado por el trabajo de Herbert Rosenfeld. Tiene sus raíces históricas en la descripción de Abraham (1919), de las resistencias narcisistas en la transferencia, en el ensayo de Joan Riviere (1936), sobre la reacción terapéutica negativa, y en el estudio de Melanie Klein (1957), sobre envidia y gratitud.

En una serie de cuatro trabajos muy condensados publicados entre 1964 y 1978, Rosenfeld detallaba las características estructurales de las personalidades narcisistas y sus desarrollos de transferencia en el curso del psicoanálisis. Por primera vez, él ligaba entonces un enfoque kleiniano del tratamiento con un análisis descriptivo y caracterológico de un grupo específico de pacientes y desarrollaba la primera teoría contemporánea del narcisismo patológico.

Las personalidades narcisistas, propone Rosenfeld, han introyectado en forma omnipotente un objeto parcial, primitivo, totalmente bueno y/o han proyectado en forma omnipotente su propio sí mismo "hacia dentro" de

tal objeto, negando así cualquier diferencia o separación entre el sí mismo y el objeto. Esto permite a dichos pacientes negar cualquier necesidad de dependencia de un objeto externo. La dependencia implicaría la necesidad de un objeto amado y potencialmente frustrante que también es intensamente odiado, con un odio en forma de extrema envidia (Rosenfeld, 1964). Siguiendo a Klein, Rosenfeld supone que la envidia es una expresión intrapsíquica primaria del instinto de muerte, la manifestación más temprana de la agresión en el dominio de las relaciones objetales. Estas permiten evitar los sentimientos agresivos causados por la frustración, y el darse cuenta de alguna manera de la envidia. Aquellos objetos externos que el paciente necesita en forma realista son usados a menudo para la proyección "en" ellos de todas las partes indeseables del paciente; en el tratamiento, por lo tanto, el analista es usado como un "lavatorio". La relación con un "analista lavatorio" es gratificante en extremo para el paciente narcisista porque todo lo desagradable se descarga con el analista, y el paciente se atribuye a sí mismo todo lo bueno que resulte de la relación.

Estos pacientes, sigue Rosenfeld, tienen una autoimagen altamente idealizada y niegan en forma omnipotente cualquier cosa que interfiera con esta imagen. Pueden rápidamente asimilar los valores e ideas de otras personas y declararlos como suyos, o en forma inconsciente devaluar y destruir lo que reciben de los demás (porque de otro modo evocaría una envidia insoportable) y por lo tanto pueden tener un sentido crónico de insatisfacción con lo que estén recibiendo de los demás.

Rosenfeld (1971), examina una complicación más de estas estructuras de personalidad, derivada de la contaminación de su autoidealización por la idealización de las partes destructivas omnipotentes del sí mismo. La infiltración de la agresión primitiva en el sí mismo "loco" patológico le da a estos pacientes una cualidad de violenta autodestructividad. Bajo estas condiciones, hay un odio inconsciente a todo lo que es bueno y valioso, no sólo en los objetos externos sino en los aspectos potencialmente buenos del propio sí mismo normal, dependiente, del paciente. En casos extremos, tales pacientes se sienten seguros y triunfantes sólo cuando han frustrado los esfuerzos de aquéllos que los aman. El sentimiento de poder del paciente parece derivar de su insensibilidad a todas las "fragilidades" humanas usuales. En resumen, las personalidades sumamente narcisistas pueden tener una fusión maligna de pulsiones libidinales y agresivas cargadas (catectizadas) en el sí mismo "loco", en el que predomina fuertemente la agresión. Es muy difícil "rescatar" las partes dependientes saludables del sí mismo de su posición entrampada dentro de la estructura narcisista.

Rosenfeld (1975), liga esta teoría con las formas más graves de reacción terapéutica negativa. También sugiere que la grandiosidad inconsciente de estos pacientes puede adoptar la forma de fantasías a las que ellos han incorporado aspectos masculinos y femeninos de sus objetos internos y externos, de modo que ellos están inmunes a cualquier necesidad sexual, así como a cualquier necesidad de dependencia. El colapso de estas estructuras narcisistas puede producir experiencias casi delirantes de tipo paranoide, que deben superarse por la interpretación de modo que el paciente pueda avanzar hacia una situación de verdadera dependencia: hacia la posición depresiva y la experiencia de conflictos edípicos. El sí mismo grandioso patológico de estos pacientes refleja una resistencia más primitiva, más grave y más insoluble, hacia el tratamiento que los sentimientos inconscientes de culpa que proceden de un superyó sádico que es característico de las formas más leves de la reacción terapéutica negativa.

De modo distinto a algunos otros autores kleinianos, Rosenfeld se interesa en los aspectos fenomenológicos de la patología del carácter y su diagnóstico diferencial. Esto ha hecho más fácil integrar sus observaciones clínicas —si no su pensamiento metapsicológico— con la corriente principal del pensamiento psicoanalítico. Creo que Rosenfeld nos ha provisto de importantes descripciones de las características clínicas de pacientes narcisistas así como de sus transferencias. Estoy en desacuerdo con su hipótesis de que la envidia es una manifestación de un instinto de muerte innato y con su tendencia a interpretar los conflictos narcisistas como si reflejaran casi exclusivamente desarrollos en el primer año de vida. También con su suposición de que las personalidades narcisistas niegan la separatidad entre el sí mismo y el objeto. Niegan las *diferencias* entre el sí mismo y el objeto pero no la separatidad; sólo en las estructuras psicóticas sí encontramos una pérdida real de diferenciación sí mismo/objeto.

Este es en realidad un malentendido muy común. Se refleja en la transferencia de "fusión" de Kohut (1971), y en la sobreextensión de muchos otros autores del concepto de relaciones "simbióticas". El mismo malentendido da como resultado un fracaso para diferenciar a los pacientes que niegan las diferencias con el analista y aquellos que verdaderamente no pueden separar sus experiencias corporales o pensamientos de los del terapeuta. Esta última situación es característica de pacientes esquizofrénicos en terapia intensiva, pero no de la psicopatología no psicótica. La imprecisión en el uso del término *psicótico* en la formulación kleiniana es uno de sus problemas principales.

Además, yo cuestiono la suposición de Rosenfeld de que la mayoría de los pacientes narcisistas (igual que los límite) pueden y deberían ser psicoanalizados. Creo que hay contradicciones entre sus recomendaciones terapéuticas y algo del material, cuando menos, de los casos que él presenta. De hecho, Rosenfeld concedió más tarde (1979a), que algunos pacientes narcisistas abiertamente límite particularmente aquéllos con rasgos violentamente agresivos, no deberían ser analizados. Además, sugiere modificaciones en la técnica con algunos pacientes narcisistas en momentos de regresión grave (1978).

Sin embargo, sobre todo no estoy de acuerdo con la suposición kleiniana de Rosenfeld de que las principales etapas del desarrollo ocurren en el primer año de vida. Así, por ejemplo, él declara (1964): "En las relaciones objetales narcisistas, la omnipotencia juega una parte prominente. El objeto, por lo general un objeto parcial, el pecho, puede incorporarse en forma omnipotente, lo que implica que se le trata como posesión del infante; o la madre o el pecho se usan como contenedores dentro de los que se proyectan en forma omnipotente las partes del sí mismo que se sienten como indeseables, ya que causan sufrimiento o ansiedad" (págs. 332–333). Este colapso kleiniano de todo el desarrollo dentro del primer año de vida y,

técnicamente hablando, el tratamiento de todo el material primitivo como si reflejara un supuesto nivel muy temprano de desarrollo, es algo que yo encuentro muy cuestionable.

Sí estoy de acuerdo, por otra parte, con el énfasis de Rosenfeld sobre la necesidad de interpretar las transferencias positivas y negativas de los pacientes narcisistas, y encuentro en especial importante su atención sobre los grupos específicos de pacientes narcisistas en los que el sí mismo grandioso condensa esfuerzos agresivos y libidinales. También encuentro muy útiles sus observaciones clínicas respecto a las transferencias narcisistas. Aunque mi enfoque de estas transferencias difiere del suyo, mi interpretación le debe mucho a las clarificaciones operacionales de Rosenfeld.

Mi enfoque técnico, distinto al de Rosenfeld, se centra en las implicaciones de transferencia del material sin intentar relacionarlas de inmediato a sus presuntas fuentes genéticas; de hecho, en tanto más primitivo el material, más precaución se requiere antes de intentar reconstrucciones genéticas, porque en tal nivel de regresión también ocurre una gran cantidad de reestructuración intrapsíquica y condensación de fantasías de muchas fuentes.

Mi enfoque, en contraste con la técnica kleiniana en general, también enfatiza mucho más en la participación del paciente en la exploración analítica; me resisto a dejarlo "aprender" mis teorías y probablemente soy mucho más precavido y gradual que los kleinianos respecto a ampliar la conciencia de él sobre el material inconsciente. Los pacientes aprenden rápidamente el lenguaje y teorías de su analista: esto crea un problema con el material "confirmatorio" para todos los enfoques teóricos, pero quizá en particular con la formulación "autoritativa" de interpretaciones que caracteriza a la escuela kleiniana. Y, por supuesto, como el mismo Rosenfeld ha señalado, los pacientes narcisistas están muy ansiosos por aprender las teorías de su analista para diversos propósitos defensivos.

KOHUT Y LA PSICOLOGIA DEL SI MISMO

En una serie de ensayos y dos libros (1971, 1977), Heinz Kohut propuso una metapsicología completamente diferente, explicaciones clínicas, y procedimientos terapéuticos para los trastornos narcisistas de la personalidad. En esencia, Kohut argumentaba que existe un grupo de pacientes cuya psicopatología es intermedia entre las psicosis y los trastornos límite por un lado, y las psiconeurosis y los trastornos más leves del carácter por otro. El grupo de trastornos narcisistas de la personalidad que él considera analizable, puede diferenciarse según él, sólo por sus manifestaciones de transferencia, no por criterios puramente clínico-descriptivos.

La personalidad narcisista se diagnostica en la situación psicoanalítica al reconocer el desarrollo de dos tipos de transferencia, la idealización y el reflejo. La transferencia de idealización muestra la activación terapéutica de una imagen paternal idealizada y deriva de un "autoobjeto" rudimentario, arcaico. El paciente se siente vacío e impotente cuando se le separa de este objeto de transferencia idealizado. Kohut sugirió que la intensidad de la dependencia de estos autoobjetos idealizados se debe al deseo del paciente de substituir con ellos un segmento faltante de la estructura psíquica. El equilibrio narcisista del paciente está salvaguardado sólo mediante el interés y aprobación de réplicas actuales de autoobjetos del pasado traumáticamente faltantes.

Segundo, el paciente desarrolla una propensión hacia la reactivación de un sí mismo grandioso en la situación psicoanalítica. Esta activación es responsable del desarrollo de transferencias de reflejo en el análisis. Estas transferencias, pueden diferenciarse según tres niveles de regresión. El más arcaico es una transferencia de "fusión" en la que la amplitud del sí mismo grandioso envuelve al analista. Una forma menos arcaica es la transferencia del "alter yo" o de "gemelo". Una forma aún menos arcaica es la transferencia de "reflejo" en un sentido estricto. La forma más arcaica representa la resurrección de una etapa temprana de identidad primaria del sí mismo y del objeto. La transferencia de alter yo o gemelo, muestra la suposición del paciente de que el analista es igual o similar a él. A través de la transferencia de reflejo en un sentido estricto, el paciente experimenta al analista como separado pero significante sólo al grado en que es necesario al sí mismo grandioso reactivado, para sus propios propósitos.

Kohut propuso que dos tipos de transferencia –la idealización y el reflejo– representan la activación en la situación psicoanalítica de una etapa detenida del desarrollo de un sí mismo grandioso arcaico. La fragilidad de ese sí mismo arcaico requiere la empatía y las funciones normales de reflejo de la madre como "autoobjeto", cuyo amor y cuidados permiten la consolidación del sí mismo grandioso primero y, luego, su desarrollo gradual a formas más maduras de autoestima y autoconfianza a través de tipos de reflejo cada vez menos arcaicos.

Al mismo tiempo, las relaciones óptimas con el autoobjeto de reflejo, también facilitan el desarrollo de la idealización normal del autoobjeto que representa la perfección original del sí mismo grandioso, ahora parcialmente preservado en la relación con este autoobjeto idealizado. Esta idealización culmina eventualmente en lo que Kohut llama la "interiorización transmutadora" del autoobjeto idealizado en una estructura intrapsíquica que originará el yo ideal y proporcionará las cualidades idealizadoras al superyó, preservando así la nueva regulación interiorizada de la autoestima.

Según Kohut, la psicopatología narcisista, en esencia se deriva de la falta traumática de la función materna empática y de la falta de desarrollo no perturbado de los procesos de idealización. Estas fallas traumáticas producen una detención del desarrollo, una fijación al nivel del sí mismo grandioso arcaico infantil, y una búsqueda interminable del autoobjeto idealizado que se necesita para completar la formación de la estructura, todo lo cual está reflejado en las transferencias narcisistas mencionadas.

En el tratamiento, el psicoanalista debe permitir el desarrollo de la idealización narcisista del paciente respecto a él y no perturbarla con la interpretación prematura de las consideraciones de la realidad. Esto permite el despliegue gradual de transferencias de reflejo. El paciente vive de nuevo las experiencias traumáticas más tempranas con una psique más madura y adquiere nuevas estructuras psíquicas, con la ayuda del analista como autoobjeto, mediante el proceso de la interiorización transmutadora. El psico-

analista debe ser básicamente empático, centrándose en las necesidades y frustraciones narcisistas del paciente más que en los derivados de la pulsión y los conflictos que surgen en momentos de frustración narcisista en la situación analítica.

Las fallas inevitables en la empatía del psicoanalista producen circunstancias traumáticas en la situación del tratamiento, fragmentación temporal del sí mismo grandioso arcaico, con activación de la rabia narcisista, experiencias de ansiedad difusa, despersonalización, tendencias hipocondriacas, o aun una regresión más patológica hacia una reconstitución ilusoria del sí mismo grandioso en la fría grandiosidad paranoide.

En cada una de estas condiciones de frustración narcisista, el psicoanalista explora con el paciente dónde y cómo el analista ha fracasado en ser apropiadamente empático y cómo esto se relaciona con fracasos pasados de los objetos significantes de la niñez del paciente. Kohut insiste en que esto no requiere el establecimiento de parámetros de técnica y que representa una modificación de la técnica psicoanalítica estándar para pacientes no narcisistas sólo en cuanto que subraya la empatía del analista en contraste con la "neutralidad objetiva" y se centra en las vicisitudes del sí mismo más que en las pulsiones y en los conflictos interestructurales (todavía no existentes).

Kohut sugiere una diferencia fundamental entre patología preedípica o narcisista y psicopatología edípica ligada a las neurosis ordinarias y a los trastornos no narcisistas del carácter. La psicopatología de la etapa del desarrollo que comienza con la cohesión del sí mismo grandioso arcaico y termina con la interiorización transmutada del yo ideal necesita examinarse en términos de las vicisitudes de lo que Kohut ha llamado el "sí-mismo bipolar". Sugirió que un polo, la parte gruesa de la grandiosidad nuclear del sí mismo, se consolida en las ambiciones nucleares de la niñez temprana en tanto que el otro, la parte gruesa de las estructuras de las metas nucleares idealizadas del sí mismo, se adquiere algo más tarde. Estas dos polaridades del sí mismo se derivan respectivamente, de la aceptación del reflejo de la madre —lo que confirma la grandiosidad nuclear— y su sostén y cuidado que permiten experiencias de fusión con la omnipotencia idealizada del autoobjeto. Las ambiciones e ideales nucleares están ligados por un área intermedia de talentos y habilidades básicos.

Kohut consideró estas estructuras componentes del sí mismo bipolar como reflejando el origen y asiento de la psicopatología inicial, en contraste con las pulsiones y la psicopatología derivada de conflictos de la estructura tripartita de la mente que caracterizan al periodo edípico. Ha acuñado los términos *hombre trágico* para referirse a la psicopatología del narcisismo y *hombre culpable* para la psicopatología edípica que se desarrolla bajo la influencia de pulsiones, conflictos intrapsíquicos inconscientes y la estructura tripartita de la mente. Ve la agresión, la gula y la voracidad de los trastornos narcisistas de la personalidad como productos de la desintegración del sí mismo, no como los factores motivacionales de esa desintegración.

Kohut reemplazó su término previo (1971), de *transferencia narcisista* (derivado de la teoría de la libido) con *transferencia de autoobjeto*, ilustrando así su abandono de su concepto de libido narcisista y objetal como "cualitativamente" diferentes entre sí (más que determinada por el objeto en el que la libido está cargada). Este cambio resuelve el problema creado por la suposición previa de Kohut de que cualidades diferentes eran inherentes a la libido narcisista y a la orientada al objeto. Es además consistente con el énfasis de Kohut sobre el desarrollo intrapsíquico temprano como no relacionado con las vicisitudes del desarrollo de la pulsión de la libido y la agresión. De hecho, Kohut abandonó la consideración de las pulsiones y conflictos como fuerzas motivacionales importantes en las etapas iniciales del desarrollo. El creía que lograr la interiorización transmutadora normal del autoobjeto idealizado hacia una estructura intrapsíquica contribuye a la consolidación de la estructura intrapsíquica tripartita según la definió Freud y permite el desarrollo de conflictos intrapsíquicos, inconscientes, determinados por la pulsión.

Como señalé en trabajos anteriores (1975), creo que Kohut ha descrito con precisión la importancia de la idealización en la transferencia. De hecho, ha contribuido fundamentalmente a la clasificación de las transferencias narcisistas al describir la grandiosidad y la idealización como características de ellas. Pero ha pasado por alto las diferencias entre los tipos patológicos de idealización activados en las transferencias narcisistas y los más normales de idealización que reflejan la operación defensiva temprana de la idealización y sus modificaciones posteriores bajo el impacto de la integración de las relaciones objetales. Colapsa así, (1) la idealización que refleja parte de una defensa contra la agresión al escindir la idealización de la devaluación, (2) la idealización como una formación reactiva contra la culpa, y (3) la idealización como una proyección de un sí mismo grandioso patológico. Al aceptar en vez de analizar la idealización en la transferencia, omite las diferencias entre diversos niveles de desarrollo de este mecanismo de defensa. También, Kohut confunde las interacciones patológicas de los trastornos límite y del narcisismo patológico con su rápido intercambio de representaciones objetales y del sí mismo, con fenómenos verdaderos de fusión que privan sólo en la psicosis.

Los casos de Kohut están lejos de parecerse a verdaderos fenómenos de fusión como los que se desarrollan en las transferencias simbióticas de los pacientes esquizofrénicos. Esto es parte de un problema mayor: la confusión entre las declaraciones de un paciente sobre sus experiencias y la naturaleza y grado reales de la regresión. Por ejemplo, un paciente que dice que se siente confundido o que siente como si se estuviera desmoronando no significa necesariamente que esté sufriendo una "fragmentación del sí mismo". Además, Kohut no diferencia el sí mismo grandioso patológico de la formación normal del sí mismo en la infancia y la niñez. En consecuencia, sus esfuerzos por preservar el sí mismo grandioso y permitir que se vuelva más adaptativo resultan en un fracaso para resolver la patología de las relaciones objetales interiorizadas, con limitaciones cruciales en los efectos del tratamiento de estos pacientes.

Esta falta de distinción entre la grandiosidad normal y la patológica constituye un problema principal en la teoría de Kohut. Su aseveración de que el sí mismo tiene una línea de desarrollo independiente de la de las relaciones

objetales puede bien reflejar la consecuencia de un tratamiento que intenta preservar, proteger, y reforzar el sí mismo grandioso. Se tiene la impresión que el objetivo es meramente bajar gradualmente el tono del sí mismo grandioso de modo que no tenga un efecto tan destructivo sobre los demás. Sólo el análisis sistemático de las transferencias positivas y negativas del sí mismo grandioso patológico, que llevan a quitar gradualmente el velo de sus funciones defensivas y a la substitución eventual con un sí mismo normal, sólo dicho análisis permite la resolución de la patología en los sectores narcisistas de las relaciones objetales de estos pacientes.

Kohut descuida la interpretación de la transferencia negativa y hasta fomenta artificialmente la idealización en la misma. En mi opinión, el suyo es un enfoque de apoyo, reeducativo, de los pacientes narcisistas, pues los ayuda a racionalizar sus reacciones agresivas como un resultado natural de la falla de otras personas en su pasado. Este problema aparece consistentemente en el material de casos presentados por Kohut y en *The Psychology of the Self: A Casebook* de Goldberg (1978).

Por ejemplo, en el caso de I., al que se hace referencia en los dos libros de Kohut y ampliamente en el de Goldberg, el analista casi siempre interpretó la rabia o enojo del paciente como una consecuencia, bien de las fallas del analista o de las de otras personas. El analista no exploró ni los aspectos inconscientes de las fantasías y reacciones del paciente hacia él, ni los conflictos sexuales (respecto a sus impulsos homosexuales hacia el analista y su conducta sexual sádica hacia las mujeres) excepto por su conexión con la frustración de la grandiosidad del paciente o su idealización del analista. El rechazo de Kohut a la teoría de las pulsiones como un modelo teórico corresponde al hecho de que ignora la agresión en la transferencia –excepto cuando la ve como una reacción natural a las fallas de los demás (particularmente del analista).

Kohut también descuida el análisis de los aspectos inconscientes de la transferencia, o sea, la naturaleza defensiva de las experiencias conscientes del paciente respecto del analista. La falta de análisis de las experiencias inconscientes y las distorsiones de la situación psicoanalítica que median entre el presente consciente y el pasado inconsciente, alimentan la tendencia del paciente a elaborar el pasado sobre la base de una reorganización consciente de éste en contraste con la reorganización radical del pasado inconsciente que se desarrolla como parte del trabajo elaborativo de la neurosis de transferencia. Kohut, por supuesto, implica que dichos pacientes no pueden experimentar una neurosis de transferencia hecha y derecha. Quizá sus pacientes no, pero en ese caso yo creo que su falta de hacerlo fue resultado de la protección del analista y su reforzamiento del sí mismo grandioso patológico.

Al restringir el concepto de empatía al darse cuenta emocional el analista del estado subjetivo central del paciente, Kohut descuida la función más amplia de la empatía psicoanalítica por la que el analista en forma simultánea llega a darse cuenta de lo que el paciente experimenta y de lo que está disociando, reprimiendo o proyectando. Es muy fácil para el analista considerar una intervención como "empática" cuando se adapta tanto a su propia teoría como a las expectativas o necesidades conscientes del paciente.

Algunas verdades fundamentales sobre él mismo que el paciente está evitando en forma defensiva pueden producir dolor y sufrimiento cuando se le confronta con ellas por primera vez, aun en la forma más discreta y comprensiva. Si se supone que la empatía significa, en la práctica, proteger al paciente de verdades dolorosas sobre él mismo, reforzando en particular ciertas resistencias narcisistas en la transferencia, entonces el concepto está gravemente restringido. También, la empatía nunca se ilustra en los trabajos de Kohut o en el *"Casebook"* como empatía con la agresión excitada, sensual y gozosa de un paciente. Que la crueldad y el sadismo pueden ser placenteros se obscurece con las referencias a las condiciones frustrantes que los motivan. Por todas estas razones, el mero concepto de transferencia es así aplanado en los ejemplos de Kohut, y la experiencia consciente actual del paciente se liga en forma directa al pasado principalmente consciente.

Creo que es significativo que Kohut dejara de diferenciar su concepto del autoobjeto –una representación primitiva y altamente distorsionada de los demás significantes– de las representaciones objetales más o menos distorsionadas o realistas de las etapas preedípicas y edípicas del desarrollo. Las representaciones objetales y del sí mismo cargadas (catectizadas) libidinal y agresivamente no tienen lugar en el sistema teórico de Kohut. De aquí, que bajo condiciones de frustración y fracaso (incluyendo, por supuesto, la frustración y el fracaso narcisistas) hay sólo la amenaza de traumatización o fragmentación del sí mismo. No se hace mención de representaciones objetales frustrantes, "malas" –la imagen de una "mala" madre, por ejemplo. El mundo intrapsíquico de Kohut contiene sólo imágenes idealizadas del sí mismo y de los demás (autoobjetos). Esta restricción teórica no explica la reproducción en la transferencia de relaciones internas con objetos "malos", una observación crucial no sólo en el narcisismo patológico sino en todos los casos de psicopatología grave. Este problema teórico corresponde a la omisión de Kohut, a nivel clínico, de la interpretación de la transferencia negativa. Reconocer la agresión de un paciente en la transferencia como originada por la "falta" del analista, es diametralmente opuesto a interpretarla como una distorsión de la transferencia que refleja la activación de agresión inconsciente hacia un objeto previamente interiorizado.

Kohut señala la consistencia interna entre sus formulaciones teóricas y su enfoque clínico, un argumento atractivo que debería contribuir a la evaluación de su teoría. Yo convengo en que el pensamiento de Kohut es consistente, pero creo que erróneo. El enfoque psicoanalítico del sí mismo grandioso patológico que lleva a su resolución permite el surgimiento en la transferencia no simplemente de pequeños trozos y partes fragmentados de componentes de la pulsión sino de relaciones objetales parciales altamente diferenciadas aunque primitivas. Estas pueden ser exploradas y resueltas con un enfoque interpretativo que permita su transformación en relaciones objetales y transferencias totales o avanzadas y permite así la resolución del conflicto intrapsíquico primitivo y la consolidación de un sí mismo normal. Al ignorar las implicaciones de transferencia de los estados regresivos, considerándolos simplemente como "fragmentaciones del sí mismo", Kohut se priva de aprender sobre las capas más primitivas, más profundas del aparato psíquico. Reconoce que su enfoque produce una mejoría en el segmento

narcisista de la personalidad pero no en el relacionado con el objeto. En contraste, una interpretación psicoanalítica sistemática del sí mismo grandioso patológico y de los estados primitivos no integrados del yo-ello que surgen en este proceso, permite la resolución simultánea de patología narcisista y de patología conexa a las relaciones objetales interiorizadas.

Como mencioné, Kohut consideraba que en pacientes que han logrado la interiorización transmutadora del autoobjeto idealizado en el yo ideal y la integración del superyó consecuente, existen las condiciones para la consolidación de la estructura tripartita y para el desarrollo del conflicto intrapsíquico inconsciente, edípico determinado por la pulsión. Sin embargo, puede plantearse la cuestión de a qué grado ésta es una relación de compromiso que será abandonada por los seguidores de Kohut en favor de una psicología más completa del sí mismo, en substitución total de la metapsicología freudiana. Esta ambigüedad teórica se refleja en la aseveración de Kohut de que, en tanto que las vicisitudes de la consolidación y maduración del sí mismo no se derivan de pulsiones o de conflicto intrapsíquico, el surgimiento de derivados de pulsiones sexuales y agresivas, en momentos de fragmentación traumática del sí mismo grandioso arcaico, refleja productos de desintegración del sí mismo. Así, en el pensamiento de Kohut, el sí mismo no se deriva de pulsiones sino genera pulsiones por fragmentación.

La teoría de Kohut ha dejado una serie de preguntas sin contestar: Si se ha de abandonar la teoría del instinto, ¿qué motiva al sí mismo?, ¿qué lo estimula? Si la agresión y la libido son productos de la desintegración ¿cómo puede explicarse su presencia?, ¿por qué los autoobjetos no sufren transformaciones de desarrollo? Y, ¿qué papel juegan, si es que juegan alguno, las relaciones objetales en las etapas preedípicas del desarrollo?

Cualesquiera que sean las respuestas a estas preguntas, creo que los partidarios de la teoría del sí mismo de Kohut eventualmente tendrán que vérselas con los temas de la motivación, desarrollo inicial o temprano, y el papel de las relaciones objetales.

EL ENFOQUE DE LA PSICOLOGIA DEL YO SOBRE LAS RELACIONES OBJETALES

Las críticas anteriores han incorporado muchas de mis propias ideas teóricas sobre el narcisismo normal y el patológico (ver Kernberg, 1975, 1976, 1980). En resumen, podría añadir que mi enfoque difiere del punto de vista psicoanalítico tradicional que nace del examen pionero de Freud (1914), del narcisismo, según el cual primero existe una libido narcisista y después una objetal. También con los puntos de vista de Kohut (1971), de que la libido narcisista y la objetal empiezan juntas y luego evolucionan por separado y que la agresión en las personalidades narcisistas es secundaria a sus lesiones narcisistas. Es mi creencia que el desarrollo del narcisismo normal y patológico siempre implica la relación de las representaciones del sí mismo con las objetales y con los objetos externos, así como los conflictos del instinto que implican la libido y la agresión. Si mis formulaciones son válidas, parecería que el estudio del narcisismo no puede divorciarse del de las vicisitudes de la libido y la agresión como de las relaciones objetales interiorizadas.

El concepto del sí mismo que estoy proponiendo permanece armoniosamente cercano al concepto original de Freud del *Ich*, el yo, el ego (ver capítulo 14). Permanece relacionado con, y dependiente del inconsciente dinámico como una corriente subyacente constante que influye en el funcionamiento psíquico. La razón básica que yo propongo para definir al sí mismo como la suma total de representaciones integradas del sí mismo de todas las etapas del desarrollo, es más que simplemente una representación "compuesta" del sí-mismo que se deriva de la función central que esta organización o estructura desempeña en el desarrollo. Yo creo firmemente que la importancia de diferenciar el sí mismo normal del patológico (grandioso) de las personalidades narcisistas y del sí mismo disociado o escindido, conflictivamente determinado, de la organización límite de personalidad justifica el uso de este término. Mi concepto trata al sí mismo como una entidad puramente psicológica cuyo origen y desarrollo normal y patológico exploraré ahora brevemente.

Jacobson (1971) y Mahler (Mahler y Furer, 1968; Mahler y cols., 1975) ampliaron nuestra comprensión de la continuidad genética y de desarrollo que existe en una amplia gama de la psicopatología no orgánica. Jacobson y Mahler usaron un concepto estructural. La refusión regresiva patológica y aun la fragmentación de las representaciones objetales y del sí mismo en el trastorno maniaco-depresivo y en la esquizofrenia, que Jacobson describió, corresponden a las representaciones objetales y del sí mismo no diferenciadas en la psicosis simbiótica de la niñez que describió Mahler. La investigación de Mahler sobre la separación-individuación normal y patológica, particularmente su especificación de la subfase de aproximación como relacionada con la psicopatología límite, aplicó el concepto de Jacobson para la comprensión de la incapacidad para lograr constancia objetal en los trastornos límite. Mahler dio la evidencia clínica que nos permitió establecer programas para las etapas de desarrollo en las relaciones objetales interiorizadas propuestas por Jacobson. Mi propio trabajo sobre la patología de las relaciones objetales interiorizadas de los trastornos límite evolucionó en el contexto de ese marco teórico.

Así, es ahora posible, dentro de la metapsicología freudiana, analizar genéticamente y desde el punto de vista del desarrollo, la relación entre varios tipos y grados de psicopatología y la falla en lograr etapas normales de integración de las relaciones objetales interiorizadas y del sí-mismo.

1. El trastorno psicótico está relacionado con una falta de representaciones objetales y del sí mismo diferenciadas, con un consecuente empañamiento no sólo de los límites entre las representaciones del sí mismo y de los objetos sino de los límites del yo igualmente. La pérdida de prueba de realidad es por tanto una característica estructural clave de la psicosis.
2. Los trastornos límite se caracterizan por la diferenciación de las representaciones objetales y del sí mismo, y por tanto por el man-

tenimiento de la prueba de realidad, pero también por una incapacidad para sintetizar al sí mismo como un concepto integrado y los conceptos de los demás significantes. Una predominancia de mecanismos de escisión de representaciones múltiples disociadas o escindidas del sí mismo u objetales, relacionadas, caracteriza la estructura del yo de estos trastornos y explica la fijación defensiva a un nivel de falta de integración del sí mismo y la falla en la integración del superyó (Kernberg, 1975).

3. Mi investigación en la psicopatología y tratamiento de las personalidades narcisistas ha dado evidencia clínica en apoyo a las siguientes ideas:
   a. Aunque el narcisismo normal refleja la carga libidinal del sí mismo (según se definió), el sí mismo normal en realidad constituye una estructura que ha integrado componentes cargados de libido y agresión. La integración de las representaciones del sí mismo "buenas" o "malas" en un concepto realista del sí mismo que incorpore más que disocie las variadas representaciones componentes del sí mismo es un requisito para la carga (catectización) libidinal de un sí mismo normal. Este requisito explica la paradoja de que la integración de amor y odio es un prerrequisito de la capacidad para el amor normal.
   b. Las resistencias narcisistas específicas de pacientes con patología narcisista del carácter reflejan un narcisismo patológico que difiere del narcisismo adulto ordinario y la fijación o regresión al narcisismo infantil normal. En contraste con este último, el narcisismo patológico refleja una carga libidinal no en una estructura normal del sí mismo integrado, sino en una patológica del sí mismo. Este sí mismo grandioso patológico contiene representaciones del sí mismo real, del sí mismo ideal, y representaciones objetales ideales. Las representaciones objetales y del sí mismo devaluadas o agresivamente determinadas son escindidas o disociadas, reprimidas o proyectadas. Las resolución psicoanalítica del sí mismo grandioso como parte de un análisis sistemático de las resistencias del carácter narcisista regularmente trae a la superficie (o sea, activa en la transferencia) relaciones objetales primitivas, conflictos, estructuras del yo, y operaciones defensivas características de etapas del desarrollo que anteceden a la constancia objetal. Sin embargo, estas transferencias son siempre condensadas con conflictos derivados edípicamente, de modo que son notablemente similares a las de pacientes con organización límite de la personalidad.
   c. La resolución por el tratamiento psicoanalítico de estas transferencias primitivas y sus conflictos inconscientes y operaciones defensivas relativos, permite la integración gradual de representaciones objetales y del sí mismo contradictorias que contienen cargas libidinales y agresivas y, en el proceso, la integración y consolidación de un sí mismo normal. Simultáneamente, las relaciones objetales evolucionan de parciales a totales, puede lograrse la constancia objetal, y se resuelven el amor patológico a sí mismo y la carga (catectización) patológica de los demás.
   d. El narcisismo patológico puede comprenderse sólo en términos de las vicisitudes de los derivados libidinales y agresivos de la pulsión; el narcisismo patológico refleja no sólo la carga libidinal en el sí mismo más que en los objetos o en las representaciones objetales sino también en una estructura patológica del sí mismo. De manera similar las características estructurales de las personalidades narcisistas no pueden ser comprendidas sólo en términos de fijación en un nivel normal del desarrollo temprano o de la falta de desarrollo de ciertas estructuras intrapsíquicas; deben verse como una consecuencia del desarrollo patológico del yo y superyó, derivadas del desarrollo patológico del sí mismo, como se definió ahora.

4. La ausencia de controversia en relación al concepto del sí mismo como se aplica al espectro más saludable de la psicopatología, refleja el descubrimiento clínico de un sí mismo integrado y la capacidad para relaciones objetales en profundo como reflejo del logro de estos pacientes de la constancia objetal. Los pacientes neuróticos presentan un sí mismo normal, integrado, centrado sobre los aspectos consciente y preconsciente del yo, aunque incluyan igualmente aspectos inconscientes. Este sí mismo normal es el organizador supraordinado de funciones clave del yo, como la prueba de realidad, sintetización, e integración. El hecho de que pacientes neuróticos puedan tener graves perturbaciones en sus relaciones con los demás y sin embargo sean capaces de mantener una función observadora de su yo, de presentar un "yo razonable y cooperativo" como parte de un arsenal para el tratamiento psicoanalítico, es un reflejo de que tienen disponible un sí mismo integrado.
5. Esto nos lleva, por último, a un concepto del sí mismo normal que en contraste con el sí mismo grandioso patológico, surge naturalmente al construirse e integrarse la estructura intrapsíquica tripartita. Desde la posición clínica y desde la teórica, podemos así definir al sí mismo como una estructura integrada que tiene componentes afectivos y cognoscitivos, una estructura incrustada en el yo pero derivada de precursores del mismo: subestructuras intrapsíquicas que anteceden a la integración de la estructura tripartita. Este punto de vista representa un cambio gradual de alejamiento del concepto despersonificado de Rapaport (1960), de los orígenes y características de la estructura tripartita. Las barreras represivas que permanecen en efecto y que mantienen el equilibrio dinámico de la estructura tripartita también conservan la sombra de la influencia y control inconscientes sobre el sí mismo, no en términos de una energía psíquica abstracta concebida a la manera de líneas hidráulicas sino en términos de relaciones objetales reprimidas interiorizadas, cargadas libidinal y agresivamente, que se esfuerzan por la reactivación a tra-

vés de la invasión del campo intrapsíquico e interpersonal del sí mismo.

ASPECTOS CLINICOS

Para fines prácticos, podemos clasificar el narcisismo en adulto normal, infantil normal y patológico. El infantil normal de importancia aquí sólo porque la fijación o regresión a objetivos infantiles narcisistas es un rasgo importante de toda la patología del carácter, se caracteriza por una estructura del sí mismo normal aunque excesivamente infantil y un mundo de relaciones objetales normal interiorizado. El narcisismo adulto normal existe cuando la autoestima está regulada mediante una estructura del sí mismo normal relacionada con representaciones objetales integradas normales o totales interiorizadas; por un superyó integrado, en gran parte individualizado y ensimismado; y por la gratificación de necesidades del instinto dentro del contexto de relaciones objetales y sistemas de valores estables.

En contraste, el narcisismo patológico se caracteriza por una estructura anormal del sí mismo que puede ser de dos tipos. Uno de estos fue descrito primero por Freud (1914), como una ilustración de la "elección narcisista objetal". Aquí el sí mismo del paciente es identificado patológicamente con un objeto en tanto que la representación del sí mismo infantil del paciente se proyecta sobre ese objeto, creando así una relación libidinal en la que las funciones del sí mismo y objeto se han intercambiado. Esto se encuentra muy a menudo en casos de homosexualidad masculina y femenina. De nuevo, aunque los conflictos narcisistas son más graves en estos pacientes que en aquéllos con patología del carácter de tipo narcisista infantil normal, presentan un sí mismo integrado normalmente y un mundo normal interiorizado de relaciones objetales.

Un segundo tipo, más distorsionado, de narcisismo patológico es la personalidad narcisista propia, un tipo específico de patología del carácter que se centra en la presencia de un sí mismo grandioso patológico. Los pacientes con personalidad narcisista funcionan de acuerdo a una amplia gama de efectividad social. Su funcionamiento superficial puede mostrar muy poca perturbación. Sólo en la exploración para diagnóstico estos pacientes revelan un grado excesivo de autorreferencia en sus interacciones con los demás, una necesidad excesiva de ser amados y admirados, y una curiosa contradicción entre un concepto muy exaltado de sí mismos y sentimientos ocasionales de extrema inferioridad. Además, tienen una necesidad desordenada del tributo de los demás, su vida emocional es hueca y, por cuanto generalmente presentan alguna integración de su experiencia de sí mismos consciente, lo que los diferencia del paciente típico con organización límite de la personalidad, tienen una ausencia notable de la capacidad para un concepto integrado de los demás, sienten poca empatía por los otros, y presentan predominancia de las mismas operaciones defensivas primitivas que caracterizan la organización límite de la personalidad.

Los individuos con personalidad narcisista tienden a ser desordenadamente envidiosos de otros, idealizan a algunos, de quienes esperan abastecimientos narcisistas, y menosprecian y tratan con desprecio a aquéllos de quienes no esperan nada (a menudo sus ídolos anteriores). Sus relaciones con los demás son con frecuencia explotadoras y parasitarias. Debajo de una superficie que es atractiva y simpática, se siente frialdad y crueldad. Típicamente se sienten inquietos y aburridos cuando no hay nuevas fuentes que alimenten su autoconcepto. A causa de su gran necesidad de tributo y adoración de los demás, a menudo se les considera como excesivamente dependientes. Pero, de hecho, son incapaces de depender de nadie a causa de una profunda desconfianza subyacente y devaluación de los demás, y un "echar a perder" en forma inconsciente aquello que reciben, que está relacionado con conflictos sobre la envidia inconsciente.

En el tratamiento psicoanalítico, si y cuando su sí mismo grandioso patológico es explorado sistemáticamente y resuelto por medio de la interpretación, presentan evidencia de conflictos intensos en los que predomina la condensación de problemas edípicos y preedípicos, con una abrumadora influencia de fuentes preedípicas de agresión ligadas a sus conflictos específicos sobre la envidia. En otras palabras, debajo de la estructura protectora del sí mismo grandioso patológico, revelan los conflictos típicos de la organización límite de la personalidad. Su relativa falta superficial de relaciones objetales es una defensa contra relaciones objetales interiorizadas, subyacentes, intensamente patológicas.

La estructura psíquica de la personalidad narcisista según descrita tiene relevancia para el tratamiento, explicando tanto el desarrollo de reacciones terapéuticas negativas ligadas a fuentes de envidia inconscientes, como la posibilidad de resolver, simultáneamente con la resolución de su sí mismo grandioso patológico, la patología de sus relaciones objetales interiorizadas. Este concepto de estructura psíquica igualmente tiene implicaciones teóricas importantes. En contraste con el pensamiento psicoanalítico tradicional, de que el narcisismo grave refleja una fijación en una etapa narcisista temprana del desarrollo y la falta de desarrollo del amor objetal, lo que priva en estos casos es que un desarrollo anormal del amor a sí mismo coexiste con un desarrollo anormal del amor por los demás. El narcisismo y las relaciones objetales no pueden separarse uno de las otras.

Al nivel de funcionamiento más alto de las personalidades narcisistas, encontramos pacientes con síntomas neuróticos, con buena adaptación superficial y con muy poco darse cuenta de cualquier enfermedad emocional a excepción de un sentimiento crónico de vacío o aburrimiento, una necesidad desordenada de tributo de los demás y de éxito personal, y una incapacidad notable para la comprensión intuitiva, empatía, y de carga (catexis) emocional en los demás. Los pacientes muy inteligentes en este nivel de funcionamiento de la personalidad narcisista pueden parecer muy creativos, pero la observación cuidadosa de su productividad por un largo plazo dará evidencias de superficialidad y volubilidad. Pocos de estos pacientes vienen a tratamiento a no ser que estén sufriendo de algún síntoma neurótico complicante; tienden a desarrollar, con los años, complicaciones secundarias de su patología narcisista, lo que empeora su funcionamiento en la edad madura y avanzada pero, paradójicamente, también mejora su pronóstico para tratamiento psicoanalítico en la primera (Kernberg, 1980; capítulo 4). En esa etapa de

la vida, tienden a desarrollar reacciones crónicas depresivas, uso muy inapropiado de la negación, devaluación y a veces rasgos hipomaniacos de la personalidad para defenderse contra la depresión, y un sentido en aumento de vacío y de haber desperdiciado su vida.

El rango medio del espectro de la psicopatología narcisista corresponde a los casos típicos que acabo de describir, los que, idealmente, tienen una indicación para psicoanálisis estándar.

En el nivel más grave del espectro de la patología narcisista encontramos pacientes que, a pesar de las funciones defensivas que el sí mismo grandioso patológico brinda para alguna continuidad en las interacciones sociales, presentan rasgos límite abiertos —o sea, falta de control de impulsos y tolerancia a la ansiedad, grave menoscabo de sus capacidades sublimatorias, una disposición a reacciones de rabia crónicas o explosivas o distorsiones gravemente paranoides. Muchos de estos pacientes responden bien a la psicoterapia de expresión modificada más que al psicoanálisis propio. El tratamiento coincide con el explicado para la organización límite de la personalidad (capítulos 6 y 7), modificado a la luz de la técnica psicoanalítica abajo descrita. Cuando la psicoterapia de expresión esté contraindicada, se recomienda un enfoque de apoyo para estos pacientes.

Una dimensión pronósticamente crucial sobre la que puede uno explorar las estructuras narcisistas de la personalidad es el grado al que la agresión ha sido integrada en el sí mismo grandioso patológico o, por el contrario, permanece restringida a las relaciones objetales primitivas subyacentes, disociadas y/o reprimidas contra las que el sí mismo grandioso patológico representa la principal estructura defensiva. Se puede describir una secuencia de desarrollo de la integración de la agresión en el aparato psíquico desde (1) la disociación o escisión primitivas de las relaciones objetales cargadas libidinalmente, hasta (2) la condensación posterior de tales relaciones objetales primitivas agresivas con derivados de pulsiones sexuales en el contexto de anhelos sexuales polimorfos perversos, hasta (3) la canalización predominante de la agresión en una estructura de carácter narcisista patológica con carga directa de la agresión por el sí mismo grandioso patológico. Todas estas tres fijaciones y/o regresiones del desarrollo pueden encontrarse en las personalidades narcisistas, cada una conduciendo a características clínicas diferentes.

Cuando las relaciones objetales parciales disociadas, cargadas agresivamente, son en forma directa manifiestas, encontramos la personalidad narcisista con abierto funcionamiento límite, con impulsividad general y propensión a desarrollos paranoides y rabia narcisista. Cuando la condensación con pulsiones sexuales parciales ha tenido lugar, son altamente manifiestas las fantasías y actividades perversas polimorfas sádicamente infiltradas. Cuando la agresión primitiva infiltra en forma directa el sí mismo grandioso patológico, ocurre un desarrollo particularmente amenazador, quizá mejor descrito como narcisismo maligno (capítulo 19).

En este último ejemplo encontramos pacientes narcisistas cuya grandiosidad y autoidealización patológica se refuerzan por el sentimiento de triunfo sobre el temor y el sufrimiento a través de infligir sufrimiento y temor sobre los demás, y también casos en los que la autoestima se aumenta por el

placer sádico de la agresión unida a derivados de la pulsión sexual. Las personalidades narcisistas con tipos de crueldad gozosa, pacientes que obtienen un sentimiento de superioridad y triunfo sobre la vida y la muerte, así como placer consciente, con la automutilación grave; y pacientes narcisistas con una combinación de rasgos de personalidad paranoides y explosivos, cuya conducta impulsiva, ataques de rabia, y actitud culpabilizante son los principales canales para la gratificación de los instintos, todos ellos pueden reflejar la condensación de la agresión y un sí mismo grandioso patológico y pueden encontrar la situación del tratamiento como una salida estable y bien recibida para la agresión que pesa contra el cambio intrapsíquico estructurado.

Sin embargo, en otras personalidades narcisistas el sí mismo grandioso está notablemente libre de la agresión expresada en forma directa. Los mecanismos represivos protegen al paciente contra las relaciones objetales primitivas subyacentes que condensan derivados de pulsiones sexuales y agresivas. En estos casos la "rabia narcisista" o las reacciones paranoides se desarrollan en las etapas posteriores del tratamiento como parte del proceso terapéutico y tienen implicaciones mucho menos amenazadoras.

Hay aun otros casos en los que ha tenido lugar alguna integración sublimatoria de la agresión, relacionada con estructuras neuróticas del carácter en las que la agresión ha sido integrada con estructuras existentes del superyó; estos pacientes tienen un tipo clínicamente más favorable de agresión autodirigida y capacidad para la depresión. También algunas personalidades narcisistas funcionando al nivel más alto, pueden haber logrado una integración sublimatoria de la agresión en funciones del yo relativamente adaptativas, persiguiendo objetivos ambiciosos con una integración apropiada de los derivados de la pulsión agresiva.

Un tipo relativamente poco frecuente y en particular complicado de personalidad narcisista es la personalidad "como si" (con sus cualidades de camaleón, siempre cambiantes, seudohiperemocionales y seudoadaptativas). Las cualidades "como si" en los pacientes que tengo en mente reflejan defensas secundarias contra un sí mismo grandioso patológico. Estos pacientes recuerdan a Marcel Marceau haciendo la mímica del hombre que se quita una máscara tras otra y por último descubre con desesperación que no puede arrancar la última. Estos pacientes cambian de acto a acto sin saber quien es el actor, excepto que él es una suma de imitaciones. Por lo general, esta constelación del carácter protege al paciente de graves temores paranoides; con menos frecuencia, contra la culpa inconsciente.

A la luz de la integración de, o defensas contra la agresión bosquejada, los casos más graves son pronósticamente aquellos con una infiltración patológica de la agresión en el sí mismo grandioso per se, y aquéllos en quienes las características secundarias de "como si" representan una defensa contra fuertes rasgos paranoides subyacentes.

Un factor final que también tiene un significado pronóstico crucial para el tratamiento de personalidades narcisistas es el grado al que las tendencias antisociales están incorporadas en la patología narcisista del carácter del paciente. En tanto más fuertes las tendencias antisociales, más malo es el pronóstico. Por lo general, las tendencias antisociales van mano a mano con una

falta de integración de funciones normales del superyó y también con la falta de desarrollo de una capacidad modulada para las reacciones depresivas. La calidad de las relaciones objetales está también inversamente relacionada con las tendencias antisociales. Cuando las tendencias antisociales se manifiestan en pacientes que también presentan una infiltración sádica del sí mismo grandioso patológico o una expresión directa de conducta sexual gravemente sádica, el pronóstico se empeora significativamente.

12

Estrategias técnicas en el tratamiento de las personalidades narcisistas

El aspecto más importante del tratamiento psicoanalítico de las personalidades narcisistas es el análisis sistemático del sí mismo grandioso patológico, que se presenta profusamente en la transferencia.

Lo que es excepcional sobre la patología narcisista del carácter es que el sí mismo gradioso patológico se utiliza en la transferencia precisamente para evitar el surgimiento de los aspectos disociados reprimidos o proyectados de las representaciones del sí mismo y de los objetos en las relaciones objetales primitivos. El efecto de la activación del sí mismo grandioso en la situación psicoanalítica es una distancia básica, una falta de disponibilidad emocional, una ausencia sutil pero crónica de los aspectos normales o "reales" de una relación humana entre el paciente y el analista en la que aquél trata a éste como un individuo específico. En contraste, la activación de una autoidealización patológica por parte del paciente, alternando con una proyección de esta autoidealización sobre el analista, transmite la impresión de que hay sólo una persona grandiosa, ideal, en la habitación y un complemento de ella que la admira pero queda borrosa o entre sombras. Las reversiones frecuentes del papel entre paciente y analista ilustran este patrón de transferencia básicamente estable.

En otra parte (1975), he descrito las manifestaciones de esta constelación de la transferencia en detalle, su reforzamiento, para su servicio, con mecanismos de defensa primitivos y sus funciones, y el análisis de sus diversos aspectos. Aquí yo subrayaría únicamente que el analista tiene que interpretar, entre otras cosas, el mecanismo de control omnipotente por el que el paciente característicamente intenta "rediseñar" al analista para cumplir sus propias necesidades. El analista debe dar la impresión de ser brillante y que tiene conocimientos de modo que el paciente sienta que está en pre-

sencia del terapeuta más grande de todos los tiempos. Sin embargo, el analista no debe ser demasiado brillante, no sea que evoque la envidia y el resentimiento del paciente. El analista tiene que ser tan bueno como el paciente ni mejor –provocando así envidia– ni peor –provocando así devaluación y un sentimiento de pérdida total.

Los esfuerzos sistemáticos del analista por ayudar al paciente a comprender la naturaleza de esta transferencia más que llenar sus expectativas de admiración y reconfirmación del sí mismo grandioso, típicamente evocan enojo, rabia o una devaluación repentina del analista y sus comentarios. En forma característica, hay reacciones similares que siguen a aquellas veces en que el paciente ha sentido comprensión y ayuda importantes por parte del analista, comprensión y ayuda que dolorosamente lo hacen darse cuenta del funcionamiento autónomo, independiente del analista. La tolerancia del analista a tales periodos de rabia o devaluación, su interpretación de las razones para las reacciones del paciente, gradualmente permiten a éste integrar los aspectos positivos y negativos de la transferencia: integrar la idealización y la confianza con la rabia, desprecio y desconfianza paranoide.

Detrás de la activación aparentemente simple de la rabia narcisista yace la activación de relaciones objetales del pasado, específicas, primitivas, inconscientes, interiorizadas, típicamente de representaciones del sí mismo y de los objetos, escindidas, que reflejan conflictos edípicos/preedípicos condensados. En este contexto, los periodos de vacío y la sensación del paciente de que "nada está sucediendo" en la situación de tratamiento, pueden a menudo ser clarificados como una destrucción activa inconsciente de lo que el paciente está recibiendo del analista como de una figura maternal proveedora.

Los esfuerzos ávidos del paciente por lograr conocimiento y comprensión del analista para incorporarlos como algo extraído a fuerza, más que como algo recibido con gratitud, contribuyen a "estropear" en forma inconsciente lo que se recibe, una reacción emocional compleja primero clarificada por Rosenfeld (1964), y que por lo general toma tiempo resolver. Típicamente los periodos largos de autoanálisis intelectual, durante los que el paciente trata al analista como si estuviera ausente (lo que puede provocar contratransferencia negativa bajo la forma de aburrimiento), son seguidos de, o entremezclados con periodos en los que el paciente espera ansiosamente y absorbe las interpretaciones, intenta anticiparse al analista, incorpora rápidamente lo que ha recibido como si él mismo ya lo hubiera sabido, sólo para, una vez más, sentirse extrañamente vacío, insatisfecho, como no habiendo recibido nada después de que este nuevo conocimiento ha sido, por así decirlo, metabolizado.

Por el estilo, el paciente típicamente, por proyección, supone que el analista no tiene ningún interés genuino en él, que es tan egocéntrico y explotador como el paciente lo experimenta, y que no tiene conocimientos o convicciones auténticos sino sólo un número limitado de trucos y procedimientos mágicos que el paciente necesita aprender e incorporar. Mientras más corrupto el superyó del paciente y más necesite éste proyectar las representaciones devaluadas del sí mismo y de los objetos, más sospechará que el analista presente características similarmente corruptas y devaluadas. El surgimiento gradual o avance de transferencias más primitivas puede hacer

cambiar este cuadro total a la expresión de desconfianza paranoide y agresión directa en la transferencia. La interrupción aparente de lo que puede haber aparecido previamente como una relación "ideal" representa, en un sentido más profundo, la activación de una relación en la transferencia, más real aunque ambivalente y conflictiva, que refleja la activación de las relaciones objetales primitivas en ella.

Algunas defensas crónicas del carácter, comunes y particularmente difíciles, que tienden a distorsionar la situación psicoanalítica de modo gradual y en forma creciente se discuten adelante.

DEFENSAS SECUNDARIAS DEL CARACTER

Resistencias del carácter "como si"

Me refiero aquí no a la personalidad "como si" según se describe generalmente sino al subgrupo de pacientes narcisistas (capítulo 11) que siempre parecen estar representando una comedia. Los pacientes con estas características pueden aprender a imitar al "perfecto analizando" transmitiendo aparentemente elementos significativos del pasado con apropiada consideración y en revelaciones dramáticas. Aprenden a "asociar perfectamente", incluyendo cambios apropiados de sentimiento a pensamiento, de presente a pasado, de fantasía a realidad. Sólo el hecho de que su relación emocional con el analista no llega a profundizarse, es lo que revela su cualidad de como si. Los temores paranoides que pueden surgir cuando no puede lograrse ninguna representación de comedia en respuesta a la interpretación del analista sobre este mismo trastorno, revelan el punto verdadero del conflicto. La activación de angustia y sufrimiento auténticos puede llevar al principio de la exploración de la función de esta conducta.

Episodios paranoides micropsicóticos

Este término se refiere aquí a los desarrollos en algunas personalidades narcisistas, cuando las resistencias narcisistas son trabajadas elaborativamente, y también en otros tipos de patología del carácter cuando los mecanismos proyectivos masivos se analizan y el paciente está intentando defenderse contra lo que él experimenta como sentimientos de culpa insoportables, alternando con la sensación de ser atacado en forma masiva por el analista (para detalles adicionales, ver capítulo 19). En tales puntos, el paciente puede, por ejemplo, adquirir transitoriamente la convicción de que el analista le está mintiendo, lo está engañando, traicionándolo de alguna manera, intentando en forma artificial provocarlo o hacerlo sufrir, u obtener placer sádico de manipularlo en varias formas. El analista puede también percibirse como deshonesto y corrupto en estos momentos, especialmente, por supuesto, por parte de pacientes que luchan con un sentimiento de corrupción o deshonestidad dentro de ellos mismos. Otras veces, se percibe al analista como intentando sádicamente hacer sentir culpable al paciente o tratando cruelmente de obligarlo a someterse a los puntos de vista rígidos, convencionales del analista.

El problema es que estos episodios paranoides pueden ser resueltos con cerrar en forma hermética la transferencia más que con un auténtico trabajo elaborativo. La convicción profunda del paciente respecto a que el analista no vale la pena permanece entonces reprimida o escindida de otros desarrollos de la transferencia. Esta solución comprometida puede temporalmente proteger el sentimiento de seguridad y de autoestima del paciente pero con el tiempo lleva a la reactivación de dichos episodios paranoides. La convicción del paciente sobre la "maldad" del analista se acumula en forma gradual de episodio a episodio llevando con el tiempo a un "acting out" masivo, una interrupción repentina del tratamiento, o un tipo de terminación artificial, con el paciente insistiendo en que él nunca pudo confiar en el analista y que la terminación es un escape de un enemigo peligroso. Fue sólo la dolorosa experiencia del fracaso de algunos tratamientos psicoanalíticos que parecían estar en vía de resolución de varios tipos de patología grave del carácter, lo que me permitió diagnosticar esta constelación de episodios paranoides. He aprendido a trabajarlos elaborativamente en otros casos, ligando de modo interpretativo los episodios, analizando el proceso de "cierre hermético" patogénico durante las mejoras temporales, y estando por lo general alerta a la continuidad enmascarada tras las aparentes discontinuidades en la transferencia. En términos más generales, las resistencias del carácter que producen una discontinuidad en el proceso psicoanalítico con el tiempo son una causa importante de estancamientos analíticos y debiera alertar al analista sobre la posibilidad de que el paciente pueda no ser analizable.

El problema de la ganancia secundaria y primaria

En contraste con las ganancias secundarias derivadas de ciertos síntomas neuróticos, todos los rasgos patológicos del carácter proporcionan una "ganancia secundaria" que es muy difícil de diferenciar de la motivación primaria inconsciente de la constelación del carácter patológico. Paradójicamente, las cualidades adaptativas de muchos tipos de patología grave del carácter mejoran el funcionamiento del paciente y disminuyen su motivación para el cambio. Los ejemplos clásicos son las ventajas derivadas de ciertos rasgos narcisistas en la adolescencia y adultez temprana que empeoran el pronóstico para el tratamiento en ese momento, en tanto que tales pacientes tienen un mejor pronóstico en la edad madura o cuando las ganancias que se originan de la patología narcisista se reducen. La efectividad social de algunos caracteres contrafóbicos brinda otro ejemplo.

Sadismo caracterológico

Me refiero aquí a ciertos pacientes narcisistas cuyo sí mismo grandioso patológico está infiltrado de agresión primitiva y cuyo sadismo es egosintónico (un trastorno que se trata en el capítulo 19).

Para estos pacientes, la situación analítica misma es tan gratificante que elimina la necesidad de cambio, lo que lleva a un estancamiento terapéutico. El grado al que el analista puede mantener la empatía con su paciente sin someterse masoquistamente a él, y al que puede brindar límites estrictos en la realidad sin, a su vez, el "acting out" de los aspectos sádicos de la contratransferencia, puede tener una influencia crucial en el resultado del trabajo con estas resistencias del carácter. Estos son obviamente casos en los que la capacidad de ser analizado está en cuestión; las condiciones bajo las que el analista puede ayudar a estos pacientes también valen para los casos en los que el psicoanálisis está contraindicado y en los que la psicoterapia de expresión es el tratamiento a elegir.

Represión grave defendida caracterológicamente: la personalidad "apagada"

Esta subsección explicará sobre los pacientes con inteligencia cuando menos normal y a menudo superior cuyos mecanismos represivos no son sólo altamente efectivos y rígidos sino que están reforzados por su patología del carácter. En estos pacientes un sistema complicado de racionalización y de "subsistencia" controlada de formaciones de reacciones, protegen en forma secundaria la represión, y/o las crisis emocionales esconden, detrás de su explosividad, el mantenimiento de represiones básicas subyacentes. Es difícil ligar este patrón con cualquier tipo de patología del carácter. Puede observarse en las personalidades histéricas, obsesivas, y narcisistas y a veces en pacientes que, a pesar de su falta de darse cuenta de la realidad emocional, están muy dispuestos a someterse a psicoanálisis por muchos años. Estos pacientes, que no presentan una estructura narcisista de personalidad, sin embargo transmiten una adaptación seudorrealista, flexible, para la situación del tratamiento que corresponde a una adaptación similarmente "sólida" a la vida fuera de su área particular de perturbación sintomática. Es como si experimentaran el psicoanálisis sólo como una oportunidad "educativa" que aumenta más su adaptación sin producir ninguna experiencia auténtica del inconsciente dinámico.

He visto algunos de estos casos y he supervisado el tratamiento de otros. La literatura inicial describía casos en los que el inconsciente no parecía surgir como predominante, pero de esta categoría general han cristalizado las constelaciones más específicas de tipos de reacción terapéutica negativa, patología narcisista del carácter, y otras resistencias del mismo. Creo que queda un residuo de estos casos que requiere mayor exploración. Algunos de estos pacientes escapan a nuestra capacidad diagnóstica actual y se les diagnostica ahora sólo en términos de los estancamientos en sus análisis.

ETAPAS AVANZADAS DEL TRATAMIENTO

Después de varios años de exploración sistemática de las funciones defensivas del sí mismo grandioso patológico en la transferencia, se puede alcanzar una etapa en el tratamiento psicoanalítico de las personalidades narcisistas en las que el sí mismo grandioso se desintegra en sus componentes. El paciente representa las relaciones objetales interiorizadas en una alternación o intercambio repetitivos con el analista de representaciones del sí mismo real e ideal, del objeto ideal, y del objeto real, del paciente. En otras palabras, el paciente

puede identificarse en forma alternada con los aspectos idealizados, grandiosos, persecutorios, frustrantes, manipulatorios, deshonestos, sádicos o triunfantes de los aspectos idealizados o reales de las representaciones tempranas del sí mismo y de los objetos, en tanto que proyecta los papeles complementarios de representaciones del sí mismo y de los objetos, perseguidas, devaluadas, frustradas, vencidas o explotadas, sobre el analista. O el paciente puede proyectar estas representaciones componentes del sí mismo grandioso sobre el analista en tanto que se identifica con los papeles complementarios de representaciones infantiles del sí mismo y de los objetos.

Esta etapa en el tratamiento rara vez se alcanza antes del tercer año de psicoanálisis: si no se ha hecho evidente para el quinto año, puede uno tener que preguntarse si es posible la resolución del sí mismo grandioso patológico del paciente. Con frecuencia, el trabajo elaborativo de esta etapa se amplía del tercer año a la fase de terminación del psicoanálisis. En las etapas finales de resolución del sí mismo grandioso la situación del tratamiento por lo general se parece a la de un caso psicoanalítico ordinario en cuanto que el paciente puede ahora establecer una dependencia real del analista, puede explorar sus conflictos edípicos y preedípicos en una forma diferenciada, y normalizar simultáneamente sus relaciones objetales patológicas y sus mecanismos reguladores narcisistas.

Debido a que el sí mismo grandioso patológico protege al paciente de los intensos conflictos intrapsíquicos tan típicos de la patología límite, los conflictos inconscientes que surgen en la transferencia en esta etapa son sorprendentemente similares a los de la organización límite de la personalidad en general.

A lo largo de estos años puede establecerse por lo general una alianza terapéutica, que previene las regresiones psicóticas en la transferencia, permite al analista controlar el "acting out" grave sin abandonar una posición de neutralidad técnica, y facilita el desarrollo del yo observador del paciente y de una relación objetal confiable con el analista. Todo esto permite que proceda el tratamiento psicoanalítico sin establecer parámetros de técnica, como son a menudo necesarios en el tratamiento de pacientes narcisistas con abierto funcionamiento límite.

Durante las etapas avanzadas del tratamiento de personalidades narcisistas, a menudo observamos una oscilación entre los periodos de idealización y la transferencia abiertamente negativa, en el curso de la que la idealización narcisista patológica descrita antes, se reemplaza en forma gradual por niveles de idealización más alto. Es importante explorar la naturaleza cambiante de estos periodos de idealización renovada. Al más alto nivel —en contraste con la idealización narcisista— el paciente ya no ve al analista como una proyección de autoidealización (idealización narcisista) sino como una figura paternal (o paternal acoplada) ideal que ha sido capaz de tolerar la agresión del paciente sin contraatacar o ser destruido por ella. Este tipo avanzado de idealización contiene elementos de culpa, que expresan el reconocimiento del paciente de su agresión; también contiene gratitud que expresa la comprensión del paciente de la confianza del analista en él, reflejada en la inquebrantable adhesión, aunque discreta, a la verdad de lo que ha estado aconteciendo en su relación.

Los periodos de transferencia predominantemente negativa, caracterizados por la rabia, la activación de una relación con una figura materna o materno/paterna condensada, amenazante, sádica, deshonesta y manipuladora, pueden en forma gradual evolucionar hacia la identificación alternada del paciente con esta imagen paternal sádica o con la imagen complementaria de la víctima perseguida de la agresión paternal identificándose así él mismo y al analista en forma alternada con las representaciones del sí mismo y de los objetos previamente disociadas o escindidas. El análisis de la activación alterna de estas representaciones del sí mismo y de los objetos de esta particular "unidad de relación objetal" puede entonces integrarse de manera gradual con las relaciones objetales parciales idealizadas disociadas o escindidas, de modo que las representaciones del sí mismo gradualmente se incorporen en un sí mismo integrado y las representaciones objetales en un concepto integrado de los objetos paternales.

En las etapas avanzadas del tratamiento, después de que esta interpretación sistemática de las transferencias positivas y negativas ha permitido la integración de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales (en otras palabras, después de lograr la constancia objetal con una integración de las representaciones buenas y malas del sí mismo y de las representaciones buenas y malas de los objetos), la disolución del sí mismo grandioso patológico y de las resistencias narcisistas en general permite el surgimiento del narcisismo infantil normal en el contexto del análisis de las relaciones edípicas y preedípicas condensadas.

Durante las etapas avanzadas del tratamiento de personalidades narcisistas, una capacidad normal para depender del analista, gradualmente reemplaza la incapacidad previa para depender de él. Ahora el paciente puede usar las interpretaciones para continuar su autoexploración más que como un punto de partida para la expropiación aviesa de conocimientos ocultos del analista. El paciente puede ahora hablarle al analista de sí mismo en vez de hablarse a sí mismo solo, o al analista únicamente como un ruego por gratificación. El paciente puede ahora experimentar nuevas fuentes de gratificación y seguridad a partir de la certeza de que él es capaz de aprender sobre sí mismo, de manejar en forma creativa sus propias dificultades y, sobre todo, mantener en forma segura en el interior, bajo la forma de representaciones objetales buenas interiorizadas, lo que ha recibido del analista.

La sensación de riqueza interna que se origina en la gratitud por lo que ha recibido y la confianza en su propia bondad, típicamente produce una disminución en las reacciones envidiosas del paciente y en su necesidad de devaluar aquello que de otro modo desataría su envidia; el paciente puede observar un aumento paralelo en su capacidad para el aprendizaje emocional e intelectual. El paciente, en resumen, se siente en forma gradual libre de su sensación interna de vacío, de la cualidad patológica, pulsiones de sus ambiciones, y del sentimiento crónico de aburrimiento e inquietud.

En el área de sus conflictos sexuales, además de la activación y resolución potencial de conflictos edípicos condensados con problemas preedípicos, el paciente puede ahora tolerar y resolver las raíces preedípicas más profundas de envidia del otro sexo, que es un aspecto tan prominente de las dificultades

sexuales de las personalidades narcisistas y una fuente básica de su rechazo inconsciente de una identidad sexual que tendría que limitarse a "sólo un sexo". Grunberger (1979), describió las fantasías narcisistas inconscientes de ser de ambos sexos simultáneamente, que protegen a algunos pacientes narcisistas de envidiar al otro sexo. Clínicamente, el cambio en esta fantasía inconsciente y el trabajo elaborativo de la envidia influyen en la capacidad creciente del paciente narcisista para enamorarse y permanecer enamorado, y de modo particular para establecer un compromiso sexual y emocional definido sin sentir crónicamente que se está perdiendo de algo (Kernberg, 1976). En esta etapa, la resolución de algunos pacientes de su envidia inconsciente y desordenada hacia el otro sexo puede producir la aparición de celos como una nueva capacidad emocional, una entrada dolorosa a los conflictos triangulares de la etapa edípica.

He subrayado la importancia decisiva de un análisis sistemático de las resistencias narcisistas a la transferencia —o sea, del sí mismo grandioso patológico en la transferencia. Esto no implica un curso de acción trazado artificialmente en el tratamiento de pacientes con patología narcisista. Hay muchos casos en los que, en las etapas iniciales del tratamiento, otros conflictos neuróticos que se originan en varias fuentes, o que están ligados a problemas de la realidad, parecen dominar el material del paciente. El analista tiene que abordar lo que parece emocionalmente dominante en la situación analítica primero, y dejarse guiar por el paciente. Tarde o temprano, se llega a un punto en el análisis de estos casos donde las transferencias narcisistas se vuelven el tema emocional dominante; deben entonces abordarse, trabajarse elaborativamente, y resolverse.

Esta tarea se hace más difícil por el hecho de que la patología narcisista del carácter, como toda la patología del carácter, se deja ver típicamente en los aspectos no verbales de la conducta del paciente. Además, lo que la conducta no verbal del paciente refleja en estos casos no es sólo una relación objetal inconsciente específica del pasado reactivado en la transferencia, sino un esfuerzo inconsciente, más generalizado, sutil aunque abrumador, para eliminar todas las relaciones objetales pasadas y presentes específicas y "reales", otra cosa de la activación del sí mismo grandioso patológico.

Esa destrucción o este deterioro en la situación analítica de todas las demás relaciones específicas de transferencia del pasado del paciente, afecta la relación de éste con el escenario psicoanalítico en formas sutiles y crónicas, no sólo en actitudes y conductas específicas hacia el analista. Puede aparecer primero al darse cuenta el analista emocionalmente, de la extraña ausencia de cualquier relación diádica real en la transferencia, como si estuviera solo en el despacho o como si el paciente estuviera solo; el analista puede subjetivamente experimentar una pérdida transitoria, difusa, paralizante, de su propio sentido de identidad.

Sería peligroso concluir, sin embargo, que la concentración del analista en su propia reacción emocional al paciente es un lineamiento exclusivo para el diagnóstico e interpretación de las resistencias narcisistas. Hay siempre el peligro de que otras fuentes de reacciones de contratransferencia influyan en la percepción del analista respecto del paciente y que en presencia de cualquier patología predominante del carácter —incluyendo patología narcisista—

el analista puede centrarse rígida o prematuramente en el análisis del carácter o de ciertos aspectos congelados de la transferencia. El analista necesita centrarse simultáneamente en las implicaciones del contenido verbal de las sesiones (el análisis de las asociaciones libres), en las manifestaciones de conducta no verbal, en el impacto de la personalidad del paciente en el escenario psicoanalítico, y en el tipo constante de relación implícita y subyacente, que está siendo activada, con el analista. Brindan una amplia base para la interpretación la observación de la conducta del paciente, el análisis cognoscitivo de todos los datos, y la empatía tanto con la experiencia subjetiva del paciente como con lo que él ha disociado o proyectado en ese punto.

Estoy subrayando aquí la importancia de mantener un amplio espectro de datos psicoanalíticos más que enfatizar cualquier aspecto particular de estas fuentes de información. Perspectivas tan múltiples, incluyendo la atención sobre la experiencia subjetiva central del paciente, sobre las experiencias disociadas de éste, y sobre el significado directo de comunicaciones verbales y no verbales, necesitan complementarse con la voluntad del analista para explorar varias hipótesis que se refieren al mismo material por un periodo de tiempo, decidiendo sobre su valor, sobre su propiedad a la luz de las respuestas totales del paciente a ellas. Sin embargo, una condición para la aplicación de múltiples hipótesis con el tiempo, es la disponibilidad para el psicoanalista de una integración coherente de dichas hipótesis, en contraste con la aplicación errática de teorías o formulaciones diferentes e implícitamente contradictorias. El marco de desarrollo que evolucionó de la psicología contemporánea del yo a la luz de la teoría de las relaciones objetales, debiera permitir establecer este marco integrador para tratar el amplio espectro de la psicopatología que hoy puede explorarse psicoanalíticamente.

Modell (1976), y Volkan (1976), en tanto que enfocan a las personalidades narcisistas dentro de un modelo de relaciones objetales de la psicología del yo que se relaciona muy íntimamente con el que subyace en mi técnica, han propuesto que, en la etapa inicial de estos pacientes, la idealización narcisista y la incapacidad del paciente para absorber interpretaciones se respeten en una función de "sostén" que corresponde a una fase de "capullo" del análisis. Sin embargo, estos autores piensan que el analista debe interpretar gradualmente el sí mismo grandioso narcisista y así facilitar la activación de los niveles primitivos de relaciones objetales interiorizadas del paciente en la transferencia. A partir de ese punto, creo que su enfoque en gran parte corresponde al aquí esbozado.

LA PSICOTERAPIA DE APOYO CON LAS PERSONALIDADES NARCISISTAS

En el capítulo 11 clasifiqué a las personalidades narcisistas según la gravedad de su patología, en casos abiertamente límite y casos con funcionamiento no límite y en el capítulo 10, recomendé el psicoanálisis como el tratamiento a elegir para estos últimos en contraste con la psicoterapia de expresión

para los primeros. Pero en momentos cuando la psicoterapia de expresión está contraindicada, se hace necesario usar psicoterapia de apoyo para estos pacientes.

Además de las consideraciones generales proporcionadas, la preponderancia de los siguientes rasgos pronósticos negativos, sugiere que la psicoterapia de apoyo es preferible. En algunos pacientes el sí mismo grandioso patológico está infiltrado de agresión, de modo que el paciente presenta ideales conscientes de crueldad y destructividad que pueden manifestarse con perversiones sádicas o con el gozo consciente por el sufrimiento de otras personas, con violencia y con formas graves de autodestructividad física. Otros factores que sugieren que la terapia de apoyo sería más apropiada incluyen varios rasgos antisociales graves, ausencia crónica de compromisos reales con otros seres (por ejemplo, una restricción de toda la vida sexual a fantasías masturbatorias), reacciones de rabia crónicas ancladas caracterológicamente y racionalizadas y episodios psicóticos paranoides transitorios. En todos estos casos es aconsejable realizar una evaluación amplia con un enfoque de terapia de expresión exploratorio, y decidirse por una modalidad de apoyo para el tratamiento sólo por exclusión. De nuevo, como en todos los casos de psicoterapia de apoyo, las metas del tratamiento deberían establecerse junto con el paciente, esperarse su cooperación activa y controlarse el trabajo entre sesiones de la psicoterapia.

Típico en la psicoterapia de apoyo de estos pacientes, es la activación de ciertos mecanismos de defensa característicos de la psicopatología narcisista y que necesitan enfocarse y ser trabajados en formas no interpretativas. El desarrollo aparente por parte del paciente de una intensa dependencia del terapeuta puede ser una seudodependencia, rápidamente desinflada por las devaluaciones radicales del terapeuta. Es importante, por lo tanto, conservar una relación terapéutica realista, centrándose en las responsabilidades del paciente en el proceso de tratamiento, previniéndole discretamente contra idealizaciones no realistas del terapeuta y expectativas del mismo, más que alimentar su relación aparentemente dependiente hacia él. Es útil evaluar cuidadosamente las reacciones de decepción del paciente respecto a las sesiones de tratamiento por su función implícita de devaluar al terapeuta y por sus orígenes en desarrollos previos en la psicoterapia.

Por ejemplo, después que el paciente ha recibido del terapeuta una comprensión significativa nueva, pueden esperarse decepciones paradójicas (relacionadas con el "acting out" de envidia inconsciente); éstas deberían señalarse al paciente en términos de una secuencia observable de conducta. La idealización patológica primitiva típica de la personalidad narcisista, debería ser discretamente reconocida y deberían señalarse sus efectos potencialmente negativos sobre el funcionamiento independiente del paciente. El paciente puede ver cualidades casi divinas en su terapeuta, pero debería ayudársele a comprender que es difícil identificarse con una figura así sin meterse en serios problemas en la vida ordinaria o aceptar la responsabilidad de la vida independiente, cuando un terapeuta que parece "dios" pareciera estar accesible para resolver todos los problemas en forma mágica. Naturalmente, la conexión entre idealizaciones primitivas y el rápido deterioro de estas idealizaciones por las reacciones de decepción y la devaluación subyacente puede

también ayudar al paciente a lograr alguna distancia de sus tendencias a idealizar al terapeuta en formas inconscientemente autodestructivas.

Los pacientes con intensas reacciones de rabia ligadas a la frustración de necesidades narcisistas, particularmente si éstas evolucionan en episodios paranoides micropsicóticos, requieren una evaluación muy activa y dolorosa de todos los elementos en la realidad de la interacción terapéutica que puedan haber disparado la rabia del paciente y sus distorsiones paranoides respecto del terapeuta. Bajo los efectos de mecanismos proyectivos, las distorsiones del paciente sobre la realidad de la interacción terapéutica deben ser cuidadosa y discretamente clarificadas para reducirlas. El problema aquí es que el paciente puede experimentar cualquier esfuerzo por clarificar la realidad inmediata como enjuiciador y sádicamente acusatorio por parte del terapeuta. Es esencial para el terapeuta clarificar una y otra vez que él no está culpando al paciente, que, por el contrario, está tratando de ayudarlo a comprender la relación entre sus percepciones y su reacción emocional, sin importar si éstas fueron realistas.

Hay veces en que la realidad de la interacción no puede ser clarificada de inmediato. En estas circunstancias la tarea es simplemente reconocer que el paciente y el terapeuta pueden percibir la realidad en formas completamente diferentes sin tener necesariamente que aceptar que una u otra de estas percepciones es la correcta. En la práctica, una declaración como: "Creo que entiendo la forma en que usted está viendo mi conducta y no la discuto; al mismo tiempo, debo decirle que yo la veo diferente, aunque reconozco igualmente su percepción. ¿Cree usted que pueda tolerar que trabajemos juntos mientras cada uno de nosotros reconoce ante el otro que nuestros puntos de vista son completamente diferentes?", a menudo es suficiente para continuar el trabajo dentro de una transferencia temporalmente psicótica como un episodio paranoide micropsicótico.

De hecho, la tolerancia del terapeuta a la rabia narcisista de un paciente y a su distorsión paranoide en la transferencia y al expresar el reconocimiento del valor del paciente en mantener la relación de ambos a la luz de una situación tan llena de tensión, puede preparar el terreno para una exploración posterior de las reacciones de rabia del paciente y de los patrones patológicos del carácter en otras interacciones interpersonales.

Al mismo tiempo, el análisis de lo que puede estar sucediendo en otras personas que interactúan con el paciente, el análisis de sus sentimientos lastimados o reacciones grandiosas o despectivas hacia el paciente según los describe éste, puede abrir camino para la exploración posterior de patrones reactivos similares en el paciente mismo. El análisis de la grandiosidad del paciente y su conducta de menosprecio proyectadas sobre otras personas, requiere mucho tiempo a causa de su potencial para dirigir el estudio de reacciones similares en la transferencia.

Es importante analizar las fuentes del paciente de su desconfianza consciente y preconsciente en las relaciones sexuales (derivada de envidia inconsciente del otro sexo y de la profunda patología preedípica en relación a la madre, que contribuye a las distorsiones narcisistas de las relaciones amorosas). La exploración cuidadosa de las fuentes conscientes y preconscientes de desconfianza y abandono de las parejas sexuales puede tener un valor

preventivo. En el mismo orden, los pacientes narcisistas con promiscuidad sexual requieren una aceptación tolerante de su conducta. Debe ayudárseles a darse cuenta (y permanecer tolerantes a este darse cuenta) de su incapacidad para mantener relaciones sexuales estables y de su consecuente soledad y aislamiento.

Esta es un área que requiere paciencia y discreción especiales. La búsqueda por parte de un paciente varón grandioso de la mujer perfecta inasequible, por ejemplo, y su inexorable destrucción de las relaciones valiosas que él temporalmente es capaz de lograr con mujeres, representan, podría decirse, una tragedia existencial. El terapeuta, al compartir su comprensión tanto de las necesidades del paciente como de su realidad externa, puede hacer posible para el paciente intentar nuevas soluciones para el problema aun cuando el terapeuta no haya ofrecido ayuda directa. Bajo circunstancias óptimas, este enfoque puede llevar a la reducción de las expectativas conscientes del paciente en sus relaciones con el otro sexo, a una conducta más cuidadosa en sus relaciones con sus parejas, tolerancia a algunas frustraciones a la luz de darse cuenta de la soledad alternativa, crónica. Desafortunadamente, la psicoterapia de apoyo está por lo general mucho más limitada que las modalidades de expresión del tratamiento en cuanto a producir cambio en el área psicosexual.

El "acting out" de un paciente de su necesidad de control omnipotente en las horas de terapia puede restringir la independencia de acción del terapeuta. En formas sutiles pero de profunda influencia, el paciente forza al terapeuta a intentar ser tan bueno como el paciente espera que lo sea –sin ser mejor que, o diferente al paciente, lo que amenazaría la autoestima de éste. En la práctica, esto requiere que el terapeuta se dé cuenta del uso del paciente de las reacciones de decepción para controlarlo. El terapeuta debe diagnosticar estas reacciones de decepción, ventilarlas plenamente, y ayudar al paciente a tolerar su decepción respecto del terapeuta y, en forma correspondiente, respecto de los demás. En el contexto, la exploración realista de estas decepciones puede llevar al paciente a darse cuenta de sus demandas excesivas sobre los demás y los conflictos sociales que estas producen. Una evaluación no enjuiciadora de estos problemas puede dar gran ayuda a los pacientes que no se dan cuenta de cuan activamente ellos mismos están destruyendo sus oportunidades en el trabajo y en la vida social.

Un problema importante con algunos pacientes narcisistas que funcionan en un nivel abiertamente límite es la discrepancia entre sus altas ambiciones y su incapacidad para realizarlas. Muchos pacientes prefieren depender del seguro de desempleo a tener que sufrir la humillación de trabajar en lo que consideran un trabajo inferior. La exploración activa de esta contradicción y el énfasis del terapeuta sobre los efectos negativos de la falta de efectividad social para la autoestima, pueden ayudar al paciente a lograr una solución de compromiso entre su nivel de aspiraciones y su capacidad.

La tendencia de los pacientes narcisistas a "incorporar" prontamente lo que reciben del terapeuta y a hacerlo suyo –una tendencia relacionada con una forma inconsciente de "robarle" al terapeuta en un esfuerzo por compensar la envidia que se le tiene y reconfirmar el sí mismo grandioso patológico del paciente (Rosenfeld, 1964)– puede en realidad fomentar el trabajo

psicoterapéutico en la psicoterapia de apoyo. El paciente puede adoptar las ideas del terapeuta y sus actitudes como propias y usarlas en su vida diaria, en tanto que por otro lado se reasegura a sí mismo que él puede hacerlo todo solo. Si esta identificación con el terapeuta tiene funciones adaptativas, aun si se basa en tipos patológicos de idealización, debería ser tolerada y aceptarse su fortalecimiento de la autonomía del paciente. De hecho, este mecanismo tiene efectos potencialmente positivos en la psicoterapia de apoyo de las personalidades narcisistas, al contraatacar los efectos potencialmente negativos de su envidia inconsciente.

13

Análisis del carácter

En concordancia con esfuerzos previos por enriquecer un enfoque de la psicología del yo hacia la técnica psicoanalítica con la teoría de las relaciones objetales (Kernberg, 1980, capítulo 9), mi objetivo aquí es integrar mis ideas respecto a las características estructurales de patologías graves del carácter con la teoría de Fenichel (1941), sobre la técnica. Las propuestas de Fenichel para criterios metapsicológicos para la interpretación, incorporaba y también revisaba críticamente las recomendaciones técnicas de Wilhelm Reich (1933), para analizar las resistencias del carácter.

A mi entender, los conflictos intrapsíquicos inconscientes no son sólo conflictos entre impulso y defensa, sino que están entre dos unidades o conjuntos opuestos de relaciones objetales interiorizadas. Cada una de estas unidades consiste en una representación del sí mismo y una del objeto bajo el impacto de un derivado de la pulsión (clínicamente, una disposición afectiva). Tanto el impulso como la defensa encuentran expresión a través de una relación objetal interiorizada imbuida afectivamente.

Los rasgos patológicos del carácter desarrollan funciones defensivas crónicas dominantes en el equilibrio psíquico de pacientes con patología grave del carácter. Todas las defensas del carácter consisten en una constelación defensiva de representaciones del sí mismo y de los objetos, dirigida contra una constelación reprimida del sí mismo y el objeto, opuesta y temida. Por ejemplo, un hombre que es excesivamente sumiso puede estar operando bajo la influencia de una unidad consistente en una representación del sí mismo que se somete felizmente a una representación paternal (del objeto) poderosa y protectora. Pero este conjunto de representaciones lo está defendiendo contra una representación reprimida del sí mismo que se rebela con enojo contra una representación paternal sádica y castrante. Estas relaciones objetales conflictivas interiorizadas pueden, bajo circunstancias óptimas, reactivarse en la transferencia, en cuyo caso las defensas del carácter se vuelven resistencias a la transferencia. Formular la interpretación de estas resistencias en términos de sus relaciones objetales interiorizadas hipotéticas, puede facilitar la reactivación de estas representaciones del sí mismo y de los

objetos, componentes en la transferencia, transformando así la defensa "endurecida" del carácter en un conflicto activo intrapsíquico y transferencial.

En tanto más grave la patología de carácter del paciente, más adquieren los rasgos patológicos del carácter, funciones específicas de transferencia y se vuelven tanto resistencias del carácter como resistencias específicas de la transferencia simultáneamente (Fenichel, 1945b, págs. 29, 537). La formación de compromiso entre impulso y defensa representados por estos rasgos patológicos del carácter también lleva a la gratificación más o menos disimulada del impulso en la transferencia. El hecho de que en los casos graves los rasgos patológicos del carácter en forma prematura y consistente se entrometen en la situación de la transferencia, significa que el paciente parece entrar prematuramente a una etapa de distorsión grave en su relación con el analista, que se parece a la neurosis de transferencia ordinaria pero también difiere de ella. La neurosis de transferencia típica en los casos menos graves, toma algo de tiempo para desarrollarse y por lo general se acompaña de una disminución en las manifestaciones neuróticas del paciente fuera de las sesiones analíticas. La transferencia del paciente que sufre de patología grave del carácter, sin embargo, parece consistir en la representación por parte del paciente en las sesiones de un patrón que persiste simultáneamente en el resto de su vida por igual. Además, la gravedad de la patología se refleja en el grado al que los rasgos patológicos del carácter se expresan en conducta no verbal en la situación del tratamiento más que mediante la asociación libre.

Para complicar más las cosas, en tanto más grave la patología del carácter, más muestra la conducta no verbal del paciente, examinada por muchas semanas o meses, un desarrollo paradójico. Ocurren cambios caóticos de momento a momento en cada sesión psicoanalítica, haciendo muy difícil seleccionar el material predominante para interpretación. Y sin embargo, después de semanas o meses, o hasta años, puede detectarse una estabilidad extraña en ese caos aparente. Surge un conjunto inconsciente de distorsiones altamente específicas, en la relación del paciente hacia el analista que refleja relaciones objetales interiorizadas, activadas defensivamente. Estas tienen que ser resueltas como parte del análisis de la transferencia para obtener un cambio estructural intrapsíquico significativo. Con frecuencia, dos conjuntos contradictorios de relaciones objetales primitivas se activan en forma alterna, funcionando cada uno como defensas contra el otro: a veces su disociación mutua es la resistencia dominante que debe ser trabajada elaborativamente. O de otro modo, una relación objetal primitiva específica adquiere una influencia a largo plazo, sutil pero controladora, sobre la relación del paciente con el analista y se expresa en una distorsión del escenario psicoanalítico con el tiempo, más que en desarrollos concretos que fluctúen sesión por sesión.

VIÑETA CLINICA

T.: Un profesional en el área de la rehabilitación social, sin casarse, en sus treintas, vino a consulta por dificultades en sus relaciones con las mujeres

y en su trabajo con los clientes, una capacidad gravemente limitada para la empatía, y una sensación general de insatisfacción expresada en experiencias de aburrimiento, irritabilidad e incertidumbre sobre el significado de la vida para él. Sufría de personalidad narcisista sin rasgos límite o antisociales abiertos.

Su actitud inicial ante el hecho de entrar a psicoanálisis y al método de asociación libre estaba marcada por una fuerte ambivalencia. Por una parte, me consideraba uno de los analistas más recomendables en la relativamente pequeña comunidad profesional local donde yo trabajaba; por otra parte, pensaba que el psicoanálisis era una técnica más bien anticuada "passé", y consideraba como pomposo y pedestre lo que en su experiencia era mi mantenimiento rígido de una postura psicoanalítica. Su propio enfoque teórico y sus antecedentes eran casi diametralmente opuestos a los puntos de vista psicodinámicos. En las etapas iniciales de su psicoanálisis, **T.**, también estuvo muy preocupado por mi interés en lo que él decía; sospechaba una total indiferencia mía hacia él e interpretaba cualquier movimiento que yo hacía detrás del "couch" como alguna actividad que no tenía ninguna relación con él (como al acomodar mi cuaderno de apuntes). Se enojaba mucho cuando yo no recordaba un nombre o un hecho que él hubiera mencionado en una sesión previa.

Las asociaciones libres de **T.** se centraban en su relación con su amiga más reciente. Al principio la consideraba muy atractiva y deseable, pero gradualmente le descubrió defectos que lo hacían sentir que ella obtenía mucho más de él que él de ella, y que lo llevaron a desear terminar la relación. En este contexto, surgió como un tema principal su suspicacia en general sobre las mujeres, su temor de que lo estuviera explotando. Este temor pudo rastrearse hasta la relación con su madre, una dama de sociedad, prominente en la localidad, que dominaba a su padre, y cuya experiencia de ella era como de alguien dominante, entrometida, deshonesta y manipuladora. Describió a su padre como un hombre de negocios, trabajador y efectivo, retraído y crónicamente inasequible durante la niñez de **T.**

Durante los primeros años de psicoanálisis, se hizo más y más evidente la conexión entre sus reacciones a su amiga, su madre y hacia mí. Yo estaba fingiendo hipócritamente que estaba interesado en él cuando en realidad lo estaba usando para mi propio interés económico, o fingiendo escucharlo cuando estaba yo metido en mis propias actividades. En forma similar, su amiga fingía amarlo pero estaba interesada sólo en explotarlo social y económicamente. En forma gradual, también se hizo evidente que en su trato hacia ella, él mismo era dominante y explotador, esperando que ella adivinara su humor y respondiera a sus necesidades sin que él pusiera atención a las de ella. Cada vez que discretamente yo trataba de hacerlo darse cuenta de su contribución a las dificultades de ambos, **T.**, enojado me acusaba de tratar de hacerlo sentirse culpable y de actuar como lo hacía su madre con él. Me veía como taimado, entrometido, dominante y con culpabilidad, igual que a su madre.

En la transferencia, mi representación de la réplica de su madre ahora parecía completa: O estaba yo callado, indiferente y sólo fingiendo estar interesado en él o estaba en realidad interesado en lavarle el cerebro con mis puntos de vista al hacerlo sentirse culpable y gozando sádicamente este control. Fueron inútiles los esfuerzos por transmitirle que me estaba atribuyendo aspectos de su propia conducta hacia las mujeres, que él mismo no podía tolerar. Terminó con su amiga y, varios meses después, estableció una nueva relación con una mujer que pronto se volvió similar a la anterior.

Durante el año siguiente, parecían repetirse interminablemente los mismos problemas en la asociación libre y en su relación conmigo. En forma gradual llegué a la conclusión de que la representación de la relación con su madre en la transferencia, y con sus amigas, servía a propósitos defensivos poderosos e instintivos. Era como si lograra obtener alguna satisfacción (cuando menos parcial) secreta de sus necesidades reconocidas de control sádico por parte de las mujeres a quienes trataba. Ellas también servían como receptáculo para la proyección masiva de su madre, proporcionando así racionalizaciones para sus ataques.

En el tercer año de psicoanálisis, me dí cuenta que la relación de **T.** hacia mí en la transferencia no había cambiado básicamente desde el comienzo del tratamiento. Ni el descubrimiento de las experiencias con su madre, en la niñez (que explicaban, aparentemente sus relaciones actuales con sus amigas y conmigo) había resultado en ningún cambio de sus convicciones sostenidas en forma consciente, sobre su presente o pasado. También noté en su continua suspicacia y enojo hacia mí, una activación fácil de fantasías sobre suspender el tratamiento. Aunque él nunca lo suspendió en realidad, yo no tenía el sentimiento de certeza sobre su compromiso en el análisis, que sí tenía yo con otros pacientes que podían faltar ocasionalmente a las sesiones cuando estaban en el "acting out" de reacciones negativas de transferencia, pero sin hacer tambalear mi convicción de que regresaría. Con este hombre, yo sentía una fragilidad en nuestra relación y una falta definitiva de profundizar en ella.

También observé, después de unos meses, que **T.**, escuchaba mis interpretaciones con bastante determinación, pero entonces o estaba de acuerdo con ellas, con la implicación de que había llegado previamente a las mismas conclusiones por sí mismo; o disentía de inmediato, o intentaba discutirlas conmigo. Las interpretaciones que él no aceptaba de inmediato sólo las ignoraba. Otras veces, parecía muy interesado en una interpretación y, de hecho, intentaba usarla para asesorar a sus propios clientes, pero nunca dio alguna evidencia de utilizarla para profundizar su comprensión de sí mismo en sus sesiones conmigo. En resumen, sus reacciones a mis interpretaciones reflejaban una incapacidad crónica para depender de mí para mayor exploración psicológica. A su vez, él parecía atento a extraer interpretación de mí y apropiársela para su propio uso. Las observaciones de Abraham (1919), y las mías (1975), así como las de Rosenfeld (1964), sobre las resistencias narcisistas en la transferencia se aplicaban claramente a este paciente.

Cuando intenté interpretar esta dinámica para él y explorar las funciones de su actitud, surgió que **T.** se estaba protegiendo contra sentimientos intensos de envidia hacia mí al utilizar para sus propios fines cualquier cosa que veía como nueva y buena que proveniera de mí. Estos sentimientos envidiosos y las defensas contra ellos reflejaban conflictos preedípicos y edípicos. En forma gradual se hizo evidente para él que, aunque podía así protegerse

de sentir envidia de mí, estaba invalidando el uso de mis comentarios para su propia autoexploración. Este descubrimiento nos llevó de nuevo a su actitud inicial despectiva y crítica hacia el psicoanálisis en oposición de su enfoque propio muy diferente para sus clientes.

Después de un tiempo, T. comenzó a entender que estaba dividido entre su opinión de mí como alguien que pudiera ser instrumental en ayudarlo a vencer sus dificultades con las mujeres, alguien de quien pudiera por lo tanto sentirse muy envidioso, lo que era intolerable, y alguien a quien él no tuviera que envidiar en absoluto, lo que reconfirmaría su convicción de que nada debía esperarse del psicoanálisis. Este análisis de su actitud hacia mis interpretaciones y, por implicación, de su actitud fuertemente contradictoria y de manera constante oscilante hacia mí, intensificó su sensación de intranquilidad y soledad en las sesiones. El sentía que aún si lo que yo le señalaba era acertado, el que yo lo hiciera implicaba un triunfo grandioso sobre él y presunción de mi parte; como resultado se sentía impotente, perdido y rechazado por mí.

En este contexto, en el cuarto año de su psicoanálisis, tuvo lugar el siguiente episodio bastante prolongado. T., se hizo crecientemente alerta a cualquier cosa que él viera según su experiencia como un defecto mío, dentro y fuera de las sesiones. Sin saberlo yo, desarrolló una red de información sobre mí que se extendía en varios grupos relacionados en el pequeño poblado donde ambos vivíamos, y culminó con su contacto con un grupo de miembros descontentos de la comunidad psiquiátrica local que resentían profundamente de la institución en que yo estaba y mi papel en ella. T., comenzó a extraer de una persona que se sentía en especial hostil hacia mí, información que el paciente consideraba dañina para mí, en tanto que él daba su información de primera mano sobre mis defectos como analista. Cuando esta información amplificada, llegó a mi paciente a través de una tercera persona, se alarmó y me "confesó" todo el proceso. El que hubiera estado durante semanas ocultando todos estos desarrollos ilustra en sí lo poco fuerte de la relación terapéutica, las limitaciones en las asociaciones libres del paciente, y la distorsión en el escenario psicoanalítico.

Mi reacción emocional inmediata a la confesión de T., fue intensa. Me sentía lastimado y enojado, controlado por el paciente e impotente. Tomó varias horas antes, darme cuenta que la relación de T., con su madre se había ahora activado con papeles invertidos, que ahora se identificaba con el agresor, y que yo, en la contratransferencia, me identificaba con él como la víctima de las manipulaciones de su madre. También me dí cuenta del intenso temor del paciente de que yo pudiera vengarme o abandonarlo, y que su temor estaba claramente mezclado con sentimientos de culpa. Después de explorar sus fantasías de que yo tomara venganza y lo rechazara –espontáneamente señaló que eso era lo que se le antojaría hacer a él en circunstancias similares– dije que su descripción de su propia conducta se parecía a sus descripciones del trato de su madre para él, una interpretación que ahora pudo aceptar. También le dije que al darse cuenta de que su curiosidad sobre mí contenía elementos agresivos se hacía menos necesario que él negara estos sentimientos. T., dijo entonces que había encontrado emocionante el intercambio de información con el grupo hostil. Todo el tiempo él había sentido

que estaba transgrediendo nuestra comprensión esencial sobre una comunicación abierta, arriesgando, según él lo veía, la continuación de su relación conmigo, pero también experimentando un sentimiento de libertad y poder que era excitante, y aun intoxicante. De hecho, añadió, ahora que ya no tenía miedo de que yo lo echara, podía ver algo "bueno" en toda la experiencia.

Mayor exploración lo llevó a darse cuenta que su sensación de satisfacción, poder, y emoción venía de su sentimiento de que podía controlarme y manipularme con éxito y que yo estaba en realidad muy limitado por mi actitud analítica; él nunca había visto antes, nuestra relación en este contexto. Esto, a su vez, llevó a mayor exploración de su relación hacia mí ahora activada, en la que se atrevía a identificarse con su madre, reconociendo un profundo sentimiento de poder y satisfacción al expresar la agresión que él nunca se había atrevido a aceptar en sí mismo, en tanto que yo aparecía en el papel de él mismo, importantemente dominado por él, como su propia madre. Esta agresión incluía elementos de envidia determinada oralmente e impulsos sádico-anales condensados con impulsos castrantes (que se hicieron dominantes en etapas finales del análisis). Por primera vez, **T.**, fue capaz de tener la experiencia de una identificación con la imagen que él había proyectado de su madre a lo largo de todos estos años. Al mismo tiempo, logró contacto con los componentes agresivos, vengativos de su envidia hacia mí. En los meses siguientes se hizo posible señalarle cómo su imagen de sí mismo como desvalido, vacío, vencido y solitario frente a frente con mujeres explotadoras era una defensa contra la imagen de sí mismo opuesta, en la que él se identificaba con su poderosa madre y gozaba sádicamente al relacionarse con mujeres y conmigo como sus (de él/de ella) esclavos impotentes. El resultado fue una integración del sí mismo sádico previamente disociado y reprimido que se identificaba con su madre y el sí mismo vacío, impotente plantado defensivamente contra aquél. Como consecuencia, y en el contexto de la integración de estos afectos y representaciones del sí mismo contradictorios, **T.**, se volvió más capaz de explorar su relación hacia mí con más profundidad y de ahondar en su comprensión de su relación hacia las mujeres y hacia su madre por igual. Más allá de eso, comenzó a surgir una nueva imagen de mí en la transferencia. Me convertí en un padre cálido y tolerante hacia quien el paciente experimentaba deseos sexuales y de dependencia, marcando por primera vez, un cambio en la naturaleza del paradigma predominante de la transferencia y en su experiencia del pasado.

Podrían resaltarse varios aspectos técnicos de este caso. Primero, la activación temprana de resistencia a la transferencia (el enojo y la suspicacia de **T.**, respecto a mi falta de interés en él) repetía aspectos de sus relaciones con las mujeres. Yo pude, por lo tanto, integrar de inmediato, el análisis de resistencia del carácter con los problemas principales que surgían de la asociación libre (la relación con sus amigas). Siguiente, la naturaleza parcial de su representación del sí mismo, su incapacidad relacionada para ahondar en su relación emocional conmigo y con sus amigas, y la correspondiente versión, conservada rígidamente de su pasado, surgieron como una resistencia global, autoperpetuadora a un mayor avance en el tratamiento. Ahora mi atención sobre la actitud del paciente hacia mis interpretaciones permitió

la interpretación del aspecto más omnipresente de su estructura narcisista de personalidad, a saber, su identificación con una representación materna sádica como un núcleo constituyente de su sí mismo grandioso patológico. El trabajo elaborativo de esa característica en la transferencia fue necesario para cualquier movimiento adicional en el proceso psicoanalítico.

Debiera subrayarse que la conducta sádica y excitada hacia mí, conectada con una representación disociada del sí mismo, estaba asequible como una experiencia consciente en las relaciones de T., con varias mujeres, donde se expresaba sólo en berrinches temperamentales y tormentas emocionales prolongadas que eran "justificadas" por su proyección masiva de la imagen de la madre sobre las mujeres. De aquí que, esta particular representación del sí mismo fuera consciente aunque disociada de autoexperiencia en las que T., se sentía solitario e inferior. El racionalizaba y se protegía contra estos sentimientos, mediante operaciones defensivas primitivas, particularmente identificación proyectiva. La expresión de este patrón grandioso y sádico en la transferencia, y su integración, mediante una interpretación, con representaciones contradictorias del sí mismo del niño explotado, derrotado, marcó la terminación exitosa de su análisis sistemático de las resistencias del carácter correspondientes que habían surgido primero en relación a mis interpretaciones. En retrospectiva, el paciente pudo comprender que, al rechazar mis interpretaciones así como al apropiárselas, él había sutilmente representado el papel de su madre y también su propio papel como un niño frustrado.

Este desarrollo también ilustra una diferencia importante entre el sí mismo grandioso narcisista y las representaciones normales del sí mismo disociadas o reprimidas contra las que el sí mismo grandioso se está defendiendo. El autoconcepto dominante del paciente era de él mismo como un niño maltratado con derecho a compensación. Este concepto estaba oculto detrás de una explotación autoaprobatoria y bien racionalizada de las mujeres, y un rechazo despectivo de cualquier cosa que pudiera despertar su envidia. En contraste, el aspecto sádico, enojado pero excitado, del sí mismo que surgió en la transferencia era también parte de la representación normal del sí mismo, infiltrada agresivamente, paradójicamente más cercana a la autenticidad y profundidad en relación con los objetos que la representación superficial defensiva del sí mismo. Al nivel más profundo, el concepto de su madre sádica incluía la proyección sobre ella de sus propios sentimientos rabiosos de muchos orígenes.

Desde un punto de vista todavía diferente, la sensación de estancamiento que experimenté a lo largo de una parte importante del tercer año de tratamiento podría retrospectivamente interpretarse como la consecuencia del mecanismo de control omnipotente. El paciente estaba interfiriendo con éxito en mi interpretación de los aspectos agresivos disociados de su sí mismo, acusándome con enojo de tratar de hacerlo sentirse culpable cada vez que yo intentaba interpretar los aspectos agresivos de su conducta que él no podía aceptar de sí mismo. Era como si yo tuviera que funcionar como una madre dominante, o de otro modo permanecer importante en último término. Mi reacción dolida y enojada después de su "acting out" de los aspectos negativos de la transferencia, señaló, además de mi propio potencial de contratransferencia, la activación dentro de mí de su imagen de sí mismo como el niñito desvalido, atacado, y lastimado enfrentado con una madre todopoderosa. Mi reacción emocional pudo así ayudarme a analizar además un aspecto de su experiencia de sí mismo al relacionarse con su madre, en tanto que señalaba hacia su representación del papel de su madre en su relación hacia mí. Esta formulación hace uso de los conceptos de identificación concordante y complementaria en la transferencia propuesta por Racker (1957), la que enfatizaba una perspectiva de relaciones objetales en el análisis de la contratransferencia.

ESTRATEGIAS DEL ANALISIS DEL CARACTER

La gravedad de la patología del carácter no es en sí suficiente para indicar si la interpretación de las resistencias del carácter debiera darse pronto o después. A este respecto, la propuesta de Fenichel (1941, pág. 67), de que las defensas del carácter se examinen según lo que es predominante en cualquier punto de la situación analítica, es un enfoque razonable del problema práctico de cuándo interpretar las resistencias del carácter. El sugiere primero trabajar con las defensas del carácter continuas y habituales del paciente para "liberar a la personalidad de su rigidez" y trabajar con otras resistencias del carácter sólo cuando se hayan vuelto resistencias a la transferencia (pág. 68). Pero uno primero tiene que saber si lo que está confrontando es una resistencia del carácter y, si lo es, si es económicamente predominante en el momento.

Fenichel sugiere trabajar "en el punto de los conflictos actuales del instinto *más importantes*. Es el punto de los conflictos más importantes *en el momento*" (1941, pág. 47). En mi opinión el criterio económico para la interpretación, está determinado por el punto de disposición más alta del afecto en el material. Ya que las pulsiones (ya sea que funcionen como parte de la defensa o en el lado del impulso del conflicto) se manifiesten como relaciones objetales afectivamente cargadas, la relación objetal predominante afectivamente en la situación analítica representa por igual el conflicto instintivo económicamente dominante. Pero la dominación afectiva no es equivalente a la conciencia o a las manifestaciones superficiales. Como Fenichel expuso: "Pues debemos operar en aquel punto donde el afecto está situado en realidad en ese momento; debe añadirse que el paciente no conoce este punto y debemos primero *buscar* los lugares donde el afecto está situado" (1941, pág. 45).

Propongo que la evaluación de (1) el contenido de las asociaciones libres, (2) la naturaleza prevaleciente de las interacciones en la relación paciente/analista –incluyendo la conducta no verbal del paciente durante las sesiones– y (3) la relación global del paciente con el escenario psicoanalítico después de meses o años, hace posible discernir si los rasgos patológicos del carácter han invadido la transferencia, resultando en una condensación de transferencia y resistencias del carácter, y si estas resistencias del carácter se han hecho predominantes afectivamente, justificando así la más alta prioridad como el centro de las interpretaciones psicoanalíticas.

Si la asociación libre procede en forma satisfactoria, si las resistencias que surgen en el contexto de explorar las posibles restricciones de la asociación libre, puede interpretarse —sin importar si éstas están directamente ligadas a la transferencia— y si la capacidad de darse cuenta del paciente respecto a su vida intrapsíquica, así como a su relación emocional con el analista, se profundiza con el tiempo, entonces la interpretación de la conducta no verbal en las sesiones puede esperar hasta que pueda incorporarse naturalmente a los temas de la asociación libre y la transferencia.

Se encuentran situaciones clínicas específicas en las que la conducta no verbal surge con fuerza en las sesiones y en las que el afecto y las relaciones objetales implicados por la conducta no verbal del paciente y sus comunicaciones verbales son congruentes o complementarias. Cuando existe consonancia entre el material no verbal y el verbal, comprender las implicaciones de ambos en la transferencia permite un entendimiento más profundo de ambos. En otras palabras, si el material verbal y no verbal, indica la naturaleza de los problemas que predominan afectivamente en el contenido de la hora de sesión, puede aplicarse el principio económico de la interpretación en el sentido de trabajar en el punto del conflicto instintivo actual más importante (Fenichel, 1941, pág. 47). Por lo general, el material puede también comprenderse simultáneamente en términos del principio dinámico —o sea, en términos de un conflicto entre impulso y defensa— y puede hacerse la decisión sobre qué aspecto del lado de la defensa del conflicto debería explorarse antes del aspecto del impulso. La congruencia entre conducta y contenido y dominación afectiva en la hora de sesión por lo general significa, en el mismo tenor, que la "unidad" de relaciones objetales involucrada es dominante en la transferencia por igual. La clarificación de la ordenación dinámica de impulso y defensa por lo general también tiene aspectos topográficos, permitiendo una interpretación de la superficie a lo profundo, del consciente al inconsciente. Por lo general, encontramos una consonancia de las comunicaciones verbales y no verbales en pacientes con una estructura intrapsíquica tripartita bien consolidada, cuyos conflictos también tienden a organizarse intersistémicamente. Por lo tanto, es posible clarificar a qué sistema —yo, superyó o ello— corresponde la organización predominante de defensa y en qué otro sistema se está originando el impulso. Así los criterios estructurales de interpretación se aplican por igual.

Sin embargo, en otras situaciones clínicas los conflictos reflejados en el contenido verbal y en el material interaccional parecen disonantes e incongruentes. Los afectos fuertes en el contenido verbal y el desarrollo de interacciones afectivas agudas o crónicas que reflejan los rasgos "congelados" de carácter del paciente, parecen extrañamente no relacionados entre sí, surgiendo de este modo, la cuestión de qué material es en realidad predominante. Bajo estas circunstancias, aplicar los criterios propuestos adelante, por lo general permite llegar a una decisión respecto a qué material debiera manejarse primero y cómo enfocarlo.

Primero es útil considerar si las asociaciones libres del paciente están procediendo en forma satisfactoria o si hay una supresión significativa consciente del material. Toma precedencia aquí cualquier cosa que facilite comprender los motivos para la supresión consciente y las implicaciones de transferencia relacionadas. Una comprensión del significado en la transferencia de lo que está motivando al paciente contra el cumplimiento pleno de la asociación libre, por lo general proporciona una respuesta a lo que es predominante afectivamente en la sesión y si se relaciona de manera primordial con el contenido verbal o con otros aspectos de la conducta no verbal del paciente.

Ahora, si la asociación libre parece estar procediendo en forma satisfactoria, la cuestión de qué es predominante en la transferencia puede examinarse con más facilidad y ayuda al analista a decidir si predomina el material verbal o actitudinal. Estoy sugiriendo que, con dos "unidades" de relaciones objetales simultáneas y paralelas reveladas en la situación psicoanalítica (una en la conducta, la otra en el contenido verbal), la que tiene dominación en la transferencia y en la afectiva tiene la precedencia interpretativa. Sin embargo, si, la dominación afectiva y la dominación en la transferencia divergen, creo que la afectiva (aplicación del principio económico) debiera tener prioridad. Debiera yo subrayar que todos los aspectos del material, defensivos e impulsivos, verbales y no verbales, relacionados con el sí mismo y con el objeto, tienen componentes afectivos, de modo que la "dominación afectiva" no significa buscar algún afecto particular, conscientemente dominante o uno ligado sólo a la defensa o el impulso. Es el afecto predominante en la situación inmediata total lo que cuenta, no su acceso al consciente. Por ejemplo, un berrinche temperamental histérico, puede estar defendiendo contra otro afecto dominante en la situación inmediata de la transferencia.

El enfoque que yo sugiero difiere de la insistencia de Wilhelm Reich (1933), de que las resistencias de la transferencia ancladas en el carácter siempre se interpreten primero. También difiere de la insistencia de Gill (1980, 1982), de que siempre se dé a la transferencia la prioridad más alta para interpretación; hay veces cuando la carga afectiva está en lo más alto en problemas extratransferencia o en la exploración del paciente de aspectos de su pasado. El hecho de que todo el material analítico tenga componentes de transferencia no significa que predomine automáticamente el material de transferencia. A veces un tema que ha dominado fuertemente la transferencia por muchas horas —por ejemplo, la insatisfacción crónica de un paciente respecto a "no recibir nada del analista"— puede repentinamente cambiar a un desplazamiento de esa queja sobre una tercera persona. Aquí, la dominación afectiva y la transferencia son todavía consonantes, aunque la transferencia sea —temporalmente— desplazada (lo que puede facilitar en realidad su interpretación).

Además, en momentos de cambios rápidos en la transferencia misma, lo que complica la tarea de detectar la incongruencia entre la comunicación verbal y la no verbal, esperar la cristalización alrededor de uno de los diversos problemas presentes importantes afectivamente, debiera en forma eventual permitir al analista decidir lo que es predominante afectivamente (y por lo tanto, económicamente). Aquí, en mi opinión, una actitud de "esperar y ver" es preferible a la posición exclusivamente topográfica de centrarse sobre lo que en el material esté más cercano a la conciencia. Nunca hay sólo una "superficie" en el material. Hay muchas configuraciones superficiales, y el punto en el cuál penetrar de la superficie a la profundidad (criterio topo-

gráfico) depende de lo que sea dominante en realidad en la situación total. Obviamente, cuando el paciente puede ser ayudado a adquirir conciencia de disposiciones emocionales simultáneas, fuertemente no relacionadas, en la situación analítica, la exploración de sus asociaciones con esta observación ilumina en sí misma los problemas implicados.

Durante periodos de resistencia aumentada, el material más importante puede estar relativamente distante del consciente (en particular en estructuras de personalidad con mecanismos represivos fuertes). Aunque yo estoy de acuerdo en que, una vez que se ha decidido qué material es más importante, éste debiera explorarse desde su lado o aspecto defensivos (lo que incluye la consideración de algunas configuraciones conscientes o preconscientes ligadas a él), el acceso al consciente no indica en sí predominancia temática.

Estoy aquí cuestionando una tendencia general a que el analista siempre proceda de la superficie hacia dentro, del material consciente al inconsciente, sin tomar en cuenta lo que es económicamente predominante. Sin embargo, también cuestiono la tendencia a llegar a interpretaciones genéticas prematuras de las fantasía inconscientes reflejadas en las relaciones objetales de la transferencia, fijadas caracterológicamente. Quedarse cerca de las manifestaciones de resistencias en la superficie es tan problemático como buscar el "nivel más profundo" de cierto conflicto, significando "profundo", por lo general, temprano genéticamente. Creo que el analista debiera interpretar en profundo en el sentido de centrarse sobre los conflictos inconscientes que predominan en cualquier sesión en particular, los aspectos inconscientes de la transferencia en el aquí-y-ahora. (¡Pero el aquí-y-ahora debe en forma eventual relacionarse con el ahí-y-entonces igualmente!)

Donde existen discrepancias importantes entre la comunicación verbal y no verbal, cuando la asociación libre parece estar procediendo en forma satisfactoria pero sin ninguna profundización real en el material, y cuando, además, hay indicaciones de estancamiento en los desarrollos de la transferencia —o una pérdida de la comprensión previamente ganada sobre la naturaleza actual de la transferencia— he encontrado útil dar precedencia clara al análisis de los aspectos de relaciones objetales de las actitudes del paciente por sobre aquellos derivados de sus comunicaciones verbales. La misma "regla" se aplica a situaciones en las que el paciente o está en "acting out" en forma repetitiva o parece estar desarrollando un potencial fuerte para el "acting out". Dar precedencia a la comunicación no verbal también se aplica a situaciones en las que la dispersión emocional general, una exacerbación de los mecanismos de escisión, resulta en la fragmentación afectiva y se convierte en una resistencia principal a la transferencia, lo que ocurre en particular en personalidades fuertemente esquizoides.

También daría preferencia a la interpretación de la conducta más que a la de las comunicaciones verbales disonantes para pacientes con estilos de vida de "vivir hasta el fin", aquéllos cuyas asociaciones libres permanecen fijas en un nivel superficial o aquéllos que carecen de una actitud cooperativa cuidadosa. En todos estos casos, la recomendación de Reich de que las actitudes se interpreten del contenido verbal y de que esto se considere una aplicación especial del principio de interpretar la "superficie" antes de la

"profundidad" la "defensa antes del contenido", parece aún válida. De manera similar, la patología límite del carácter, en la que el "acting out" grave matiza la etapa inicial del tratamiento, también requiere una interpretación rápida de los significados en la transferencia de los rasgos patológicos del carácter.

En otras palabras, cuando la asociación libre "se atora" en el contexto de una activación importante de patrones patológicos de conducta en la situación analítica o en la vida externa del paciente, se indican la exploración analítica de estas conductas y la clarificación de su relación con la transferencia. Dicho de otra forma: desde un punto de vista económico, las discrepancias entre la conducta verbal y no verbal requieren un enfoque interpretativo del cuadro total generado por estas discrepancias. Por lo tanto, en la práctica, las resistencias del carácter en la transferencia deberían analizarse desde el inicio.

En otros casos, las distorsiones graves en relación con el escenario psicoanalítico se vuelven evidentes después de un tiempo. En la viñeta presentada, después de un periodo de progreso en el tercer año del análisis, un estancamiento terapéutico hizo resaltar la patología de la relación del paciente hacia las interpretaciones y al analista en general (las soluciones de compromiso sutiles entre la idealización envidiosa y la devaluación). En otros casos más, muy semejantes a los que describe Reich, las asociaciones libres del paciente al parecer, fluyen, con información abundante sobre el presente y el pasado y cambios flexibles de afectos a pensamientos intelectuales, de fantasía a realidad, de la transferencia a la vida externa del paciente y así sucesivamente (imitando así las descripciones de Ferenczi en 1919 y las de Glover en 1955 de la asociación libre óptima), pero sin ninguna profundización verdadera de la relación de transferencia ni ninguna manifestación de una conducta no verbal particular en las sesiones que se prestara a explorar la transferencia.

En estos casos, de nuevo es la relación total hacia el analista la que por lo general se distorsiona altamente, y es esta distorsión la que debe diagnosticarse, en particular porque afecta la relación del paciente hacia las interpretaciones del analista. Aquí, la interpretación de rasgos patológicos del carácter coincide con aquella de la actitud del paciente hacia el analista que interpreta. Este tema tiene alta prioridad bajo las condiciones de estos estancamientos. Por otra parte, estos pacientes típicamente adquieren un "aprendizaje" superficial de las teorías del psicoanalista como una manera de resistir en forma defensiva a darse cuenta por completo de sus conflictos intrapsíquicos inconscientes, con los efectos terapéuticos consecuentes limitados.

Bajo estas circunstancias, es importante clarificar los aspectos inconscientes de la interacción paciente/analista en el aquí-y-ahora como un paso crucial a la comprensión plena de la relación objetal que se está representando sin intentar prematuramente lograr reconstrucciones genéticas. Las intervenciones en el aquí-y-ahora no deberán conceptuarse como artificialmente separadas, disociadas de sus aspectos en el ahí-y-entonces. Sin embargo, el problema de su relevancia para el pasado debería mantenerse en suspenso, hasta que los aspectos inconscientes de la transferencia sean ex-

plorados por completo. El paciente a menudo encuentra más fácil aceptar una interpretación de la transferencia si se hace una referencia tentativa al origen en la niñez de una cierta actitud hacia el analista; de aquí que, las reconstrucciones genéticas no deberán reservarse para las etapas finales del análisis. Pero aquí estoy subrayando primero la necesidad de clarificar lo desconocido en el presente: un paso omitido en forma errónea en muchos pacientes con patología grave del carácter.

Explicar la fantasía inconsciente de un paciente sobre la base de una relación objetal específica representada por su conducta no verbal crónica en las sesiones, corresponde a una construcción psicoanalítica. Pero es necesario seguir esta construcción con una reconstrucción genética sólo después de que las asociaciones del paciente transforman en forma gradual esta fantasía en una relación objetal antecedente, con la aparición de nueva información respecto a su pasado y una reordenación natural de la información nueva y antigua en esta área. Establecer la secuencia genética real de este material recuperado, requiere que el analista ordene y reordene en forma activa estas unidades genéticas de los conflictos inconscientes del paciente (Blum, 1980).

La exploración del analista de sus propias reacciones emocionales hacia el paciente bajo condiciones de estancamiento, puede ser crucial para el diagnóstico tanto de las distorsiones crónicas de la contratransferencia (que son más omnipresentes aunque menos penetrantes que los desarrollos agudos de contratransferencia) como del "acting out" sutil pero poderoso de la transferencia que pudiera de otro modo no haber sido diagnosticado. A este respecto el análisis de la reacción emocional total del analista es una "segunda línea" de enfoque cuando la primera –exploración directa de la transferencia– prueba ser insuficiente (Heimann, 1960, Kernberg, 1975).

El análisis de un "intercambio" implícito de relaciones de papeles con el analista, y para el paciente, a menudo un intercambio inconsciente completo hace resaltar las ventajas de estudiar las respuestas afectivas, momento a momento, del analista para el paciente. Estos análisis también señalan el camino para diferenciar las reacciones de contratransferencia en un sentido estricto (los conflictos inconscientes del analista activados en respuesta a la transferencia del paciente) de la respuesta emocional global del analista al paciente. Sabemos que estos dos aspectos de las reacciones del psicoanalista son complementarios. Sin embargo, para fines prácticos, la distinción facilita una exploración más abierta del cambio momento a momento en las respuestas afectivas del analista a, y las fantasías sobre, las actitudes inmediatas y disposiciones actitudinales crónicas, del paciente, enriqueciendo entonces la comprensión del analista respecto al contenido verbal de la comunicación del paciente. ¿Necesito señalar que la utilización del analista de su propia reacción emocional al paciente ciertamente no significa compartir esa reacción con él?

CONSIDERACIONES METAPSICOLOGICAS

Vuelvo ahora a considerar los criterios económico, dinámico y estructural de Fenichel para interpretar las resistencias del carácter combinando éstos

con la interpretación de relaciones objetales interiorizadas representadas en estas resistencias del carácter. Respecto al criterio económico, he subrayado la necesidad de interpretar primero el material que es predominante afectivamente, en tanto se cuestiona en forma simultánea si la cercanía a la conciencia es un criterio significativo para determinar esta predominancia de los afectos. Este punto de vista subyace en todo lo que he dicho respecto a la dificultad de seleccionar problemas predominantes económicamente cuando la información que surge de las comunicaciones verbales y no verbales del paciente no es congruente.

En relación a los criterios dinámicos para interpretación, yo informé previamente (1980, capítulo 10) que, cuando la regresión de la transferencia es grave o en pacientes analizables con organización límite de la personalidad, la predominancia de la escisión por sobre los mecanismos represivos permite la alternación en la conciencia, de los componentes dinámicamente opuestos del conflicto intrapsíquico de modo que el acceso a la conciencia per se no sirve para indicar cuál es el aspecto de defensa y cuál el de impulso del conflicto. Defensa e impulso pueden ser intercambiados rápidamente en las reversiones alternantes de relaciones objetales activadas que son típicas de relaciones objetales parciales, y los impulsos del conflicto son conscientes y disociados o escindidos mutuamente más que reprimidos. Aquí, consciente e inconsciente ya no coinciden sobre qué está en la superficie y qué en lo profundo, qué es defensa y qué es contenido. Pero en tanto que el enfoque topográfico de la interpretación (la ordenación del material desde la superficie hasta lo profundo) ya no vale para estas estructuras límite, es muy importante la decisión momento a momento de cuál es el estado del yo defensivamente activado dirigido contra cuál otro estado "impulsivo" del mismo. Por ende, los criterios económico y dinámico, para la interpretación como los explicó Fenichel, son todavía completamente relevantes. Esto nos trae a los aspectos estructurales de la interpretación de las resistencias del carácter a varios niveles de gravedad de la psicopatología.

Las consideraciones estructurales respecto a la interpretación de las resistencias del carácter se refieren a la organización de la relación objetal interiorizada predominante, activada en la transferencia en el contexto de un rasgo particular o patrón del carácter. Cuando diagnosticamos "unidades" de relaciones objetales interiorizadas, estamos diagnosticando subestructuras de la estructura tripartita. De hecho, estamos aplicando una perspectiva estructural donde la estructura tripartita total puede todavía no ser (o ya no ser) operativa. La actitud del paciente, como se mencionó, refleja la escenificación de una representación del sí mismo que se relaciona en forma afectiva con una representación objetal o la escenificación de una representación objetal (con la que el paciente parece estar identificado en el momento) que se relaciona afectivamente con una representación del sí mismo (ahora proyectada sobre el analista). Una consideración primordial aquí es el grado al que tanto las representaciones del sí mismo como las de objetos están arraigados en aspectos más amplios del yo o superyó del paciente, reflejando conceptos, valores y disposiciones emocionales ampliamente integrados del yo y superyó o, por el contrario, el grado al que están disociadas o escindidas de otras representaciones del sí mismo o de los objetos. Las relaciones obje-

tales parciales son más perjudiciales, raras y fantásticas que las relaciones objetales totales. Estas últimas reflejan experiencias más ordinarias de la niñez que, aunque reprimidas, llegan a integrarse con el yo y superyó del niño.

En el contexto de estas elaboraciones de los aspectos estructurales de los rasgos patológicos del carácter en la transferencia, surge una pregunta importante. ¿Refleja la relación objetal activada conflictos intersistémicos o intrasistémicos? Y en el caso de conflicto intersistémico, ¿a qué entidad corresponden las representaciones del sí mismo y las de los objetos? O, ¿cuál relación objetal corresponde al lado de la defensa, y cuál al del impulso del conflicto, y en qué entidad está incrustada cada una? En los conflictos intrasistémicos, las relaciones objetales interiorizadas escindidas pueden al principio, aparecer delimitadas mutuamente pero intrínsecamente no diferenciadas, intensas pero vagas, y siempre altamente fantásticas y no realistas. Deberán traducirse en una experiencia afectiva inteligible en el aquí-y-ahora, una fantasía representada por ellas dentro de la que los aspectos defensivos e impulsivos, a su vez, tienen que clarificarse en términos de cuál relación objetal escindida adquiere una función defensiva momentánea contra una (impulsiva) que se opone. Deberá integrarse en la interpretación de estas expresiones del conflicto, la atención al intercambio de representaciones del sí mismo y de los objetos entre paciente y analista —alternación de papeles complementarios en la transferencia. La tarea a menudo requiere averiguar el origen, en forma imaginativa y relativamente rápida, de lo que aparece como interacciones caóticas. El señalamiento sistemático del analista al paciente de cómo se siente éste bajo el impacto de una representación del sí mismo y de la relación objetal particular activada, en diferentes momentos, puede permitir al paciente analizable con patología grave del carácter lograr un grado de integración y empatía consigo mismo y con sus objetos que contribuirá a transformar las relaciones objetales parciales en totales. En la viñeta clínica presentada, el darse cuenta de T., en forma gradualmente incrementada, respecto a su identificación con la imagen sádica de su madre, así como con su autoimagen maltratada y frustrada, lo llevó a darse cuenta y, con el tiempo, a la tolerancia e integración de tendencias contradictorias de amor y odio en sí mismo, y de sus experiencias de un sí mismo explotador y devaluado proyectadas previamente sobre sus amigas.

Al surgir en el tratamiento las transferencias regresivas, el yo observador del paciente puede ser temporalmente arrasado por ellas. Es importante para el analista conservar una imagen clara de cómo respondería una persona "normal", bajo las circunstancias, a los comentarios interpretativos del analista. Esta persona teóricamente "normal" representada por lo general en el trabajo de colaboración del yo observador del paciente con el analista, pero puede estar casi ausente, en forma temporal, en todos los pacientes, y crónicamente, en aquellos con patología grave del carácter. Por lo tanto, en los casos graves se vuelve crucial la evocación del analista de una contraparte "normal" para la conducta regresiva real del paciente. Esto significa que el analista tiene que "escindirse". Una parte de él esta "viviendo la experiencia" —acompañando al paciente en la regresión y transformando su conducta en la construcción de una fantasía inconsciente escenificada. Otra parte de él está "distanciándose" —manteniendo la objetividad precisamente

en momentos cuando la objetividad está más en duda. La función de los límites en la mente del analista entre fantasía y realidad requiere de su tolerancia de la fantasía y emociones primitivas y de discrepancias internas entre la comprensión de lo que está sucediendo y el nivel al que el paciente puede ser abordado. El analista debe ser capaz de conservar firmes sus convicciones unidas y con flexibilidad.

A la larga, cuando se prosigue el análisis del carácter sistemáticamente, puede surgir una situación paradójica. Algunos pacientes encuentran mucho más fácil hablar de su pasado que de los aspectos inconscientes de su relación actual con el analista. El analista mismo puede comenzar a preguntarse si él está descuidando la exploración del pasado con su énfasis del presente. Otros pacientes pueden "saltarse" el pasado real y ligar el presente consciente con lo que ellos asumen que son los niveles más profundos de conflictos pasados: "fácilmente" conectan conflictos actuales con, por ejemplo, la "angustia de la castración", pero no surgen aspectos concretos y dolorosos de la niñez.

El trabajo elaborativo cuidadoso de las resistencias del carácter, conservando el estar constantemente alerta a si el paciente está cambiando no sólo su experiencia actual de la situación psicoanalítica —indicando así cambios auténticos en los patrones de transferencia— sino también cómo vive su experiencia del pasado —expresando así el trabajo elaborativo de los patrones de transferencia— puede confirmar la autenticidad del trabajo psicoanalítico, en contraste con un traslado mecánico de las dificultades actuales hacia los propios mitos del paciente respecto a su pasado, conservados rígidamente.

14

"Self", yo, afectos y pulsiones

EL YO Y EL "SELF"

Problemas terminológicos

Una investigación de la literatura psicoanalítica sobre las teorías del yo y conceptos del "self" revela una confusión terminológica considerable. El que los términos *yo* y *"self"* a veces se utilicen en forma intercambiable, otras se distingan cuidadosamente entre sí, y en ocasiones se traten en forma ambigua, se debe probablemente a la forma en la que Freud usó estas palabras, al modo en que Strachey las tradujo, y a las elaboraciones subsecuentes que otros han hecho sobre ellas.

Freud preservó a lo largo de sus escritos el *Ich* alemán para el "yo" como una estructura mental y una instancia psíquica, y también para el "self" más personal, subjetivo y experiencial. En otras palabras, Freud nunca separó lo que nosotros pensamos como la instancia o sistema yo del "self" de la experiencia. Este uso del *Ich* resultó en un sacrificio de claridad y precisión, pero conservó abierto el significado de la palabra.

La ambigüedad que resulta del uso de Freud del *Ich* ha sido complicada, me parece, por la decisión de Strachey de traducir *Ich* como "yo", una palabra que tiene una cualidad impersonal que parece bastante apropiada para la teoría estructural de Freud (1923), pero menos adecuada para el *"self"* subjetivo, más personal.

Hay innumerables ejemplos del uso de *Ich* antes de 1923 para designar la experiencia subjetiva y la autoestima –lo que Rapaport pudiera haber designado críticamente la "antropomorfización" del concepto yo. Esta característica del concepto *Ich* de Freud –la que considero una fuerza, no una debilidad– persiste a lo largo de su trabajo. El ejemplo más notable es probablemente su declaración en *Civilization and Its Discontents* (1930a), donde la *Standard Edition*, dice (pág. 65): "Normalmente, no hay nada de lo que estemos más ciertos que del sentimiento de nuestro 'self', de nuestro propio yo". La versión alemana dice (1930b, pág. 423), "Normalerweise ist uns nichts gesicherter als das Gefühl unseres Selbst, unseres eigenen Ichs". ¡Aquí self y yo están explícitamente equiparados!

Creo que la traducción de Strachey del *Ich* de Freud como "yo" ha tenido un efecto sobre nuestra comprensión del pensamiento de Freud. Estoy de acuerdo con Laplanche y Pontalis en su amplia discusión de este tema (1973, pág. 131) en que Freud siempre mantuvo la ambigüedad, la tensión interna de su concepto de *Ich* –para indicar sus propiedades sistémicas así como el hecho de que, como parte de estas propiedades sistémicas, el yo es el asiento de la conciencia y con ella, la conciencia del "self" de uno o del "self" como persona.

Una segunda fuente de dificultades es el uso de "self" para describir a la persona o individuo en interacción con otras personas u "objetos", como lo hizo Hartmann en 1950:

> Pero realmente, al usar el término narcisismo, parecen a menudo fundirse en uno dos diferentes grupos de opuestos. Uno se refiere al "self" (la propia persona de uno) en contradistinción al objeto, el segundo al yo (como un sistema psíquico) en contradistinción a otras subestructuras de la personalidad. Sin embargo, el opuesto de catexia de objeto no es catexia del yo, sino catexia de la propia persona de uno, o sea, catexia del "self"; al hablar de catexia del "self" no implicamos si esta catexia está situada en el ello, yo o superyó. Este postulado toma en cuenta que si encontramos realmente "narcisismo" en los tres sistemas psíquicos; pero en todos los casos hay oposición a (y reciprocidad con) la catexia de objeto. Por lo tanto, será clarificador si definimos el narcisismo como la catexia libidinal no del yo sino del "self". (Podría ser también útil aplicar el término de representación del "self" como opuesto a representación de objeto) (pág. 127).

Hartmann hace aquí una distinción que, como veremos, permitió el desarrollo de las contribuciones cruciales de Jacobson (1964), a la psicología del yo: la distinción entre el "self" como la persona y la representación intrapsíquica de la persona o representación del "self", un tercer término que requiere clarificación.

Jacobson (1964), refiriéndose a estos problemas de confusión terminológica, dijo "Se refieren al uso ambiguo del término yo; o sea, a la falta de distinción entre el yo, que representa un sistema mental estructural, el 'self', que definí arriba, y las representaciones del 'self'. Hartmann (1950) . . . sugirió el uso del último término (análogo a representaciones de objeto) para las representaciones endopsíquicas inconscientes, preconscientes y conscientes del 'self' corporal y mental en el sistema del yo. He trabajado con este concepto por años, porque lo encontré indispensable para la investigación de trastornos psicóticos" (págs. 18–19). Jacobson, conviniendo con Hartmann, define al "self" "como refiriéndose a la persona total de un individuo, incluyendo su cuerpo y partes corporales así como su organización psíquica y sus partes. . . . El 'self' es un término descriptivo auxiliar, que señala hacia la persona como un sujeto en distinción del mundo circundante de objetos" (1964, pág. 6).

Me parece que Hartmann, al intentar liberar el término *yo* de la ambigüedad de Freud, lo empobreció. Como Strachey, él quiso dar consistencia al concepto de yo. Y al colocar el "self" en contradistinción al objeto,

Hartmann en efecto quitó al "self" de la metapsicología. La definición de *"self"* en el *Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts* (Moore and Fine, 1968) confirma esta idea. Dice: "La persona total de un individuo en la realidad, incluyendo su organización corporal y psíquica; la 'propia persona' de uno en contraste con 'otras personas' y objetos fuera del 'self' de uno. El 'self' es un concepto de sentido común; sus aspectos clínicos y metapsicológicos se tratan bajo el apartado de imagen del 'self', etc. Ver yo, identidad, narcisismo" (pág. 88). Llamar al "self" un "concepto de sentido común" efectivamente lo aparta de la consideración psicoanalítica.

En mi opinión, la separación decisiva de Hartmann del concepto de yo de "self" y de "self" de representación del "self", creó un problema en el desarrollo histórico de la teoría psicoanalítica; separó en forma artificial los aspectos estructurales, experienciales y descriptivos de las funciones del yo. Esta separación complicó innecesariamente la conceptuación de las relaciones entre las funciones "impersonales" del yo, subjetividad y estructura del carácter. Por ejemplo, el esfuerzo de Jacobson (1964), por desarrollar una metapsicología de los aspectos experienciales del "self", se dificultó más por lo que ella sintió como una necesidad de diferenciar, a cada paso, las funciones del yo de las funciones del "self", la carga afectiva de las representaciones del "self" y representaciones de los objetos de la activación difusa de los afectos.

Por lo tanto, propongo eliminar de mayor consideración, para fines de esta discusión, el uso del concepto de "self" como opuesto a objeto. Tal concepto lleva a descripciones "psicosociales" o interpersonales y a confundir conceptos psicoanalíticos con sociológicos, una confusión que se halla, por ejemplo, en algunos de los escritos de Erickson.

El reemplazo del modelo topográfico del aparato psíquico con el estructural, llevó a Freud a examinar las raíces del yo en el ello como un precipitado del ello, y a proseguir con la idea de que el yo era dependiente del aparato de la percepción y conciencia. El yo se volvió un aparato de regulación y adaptación a la realidad simultáneamente con el desempeño de funciones defensivas y soluciones de compromiso a los conflictos entre el ello, el superyó y la realidad externa. La perspectiva estructural de Freud al parecer causó que redujera su énfasis sobre las funciones de darse cuenta del "self" y sentimiento del "self", hacia la regulación de la autoestima dentro del yo; quizá fue llevado de manera temporal a comprender algunas de estas funciones mayormente en términos de conflictos intersistémicos.

Sin embargo, Freud también mantuvo una ambigüedad en su concepto de los orígenes del yo y no es coincidencia que los enfoques de relaciones objetales así como la psicología contemporánea del yo tengan su origen en su formulación de la estructura del yo. Su multicitada declaración en *"The Ego ang the Id"* (1923, pág. 29) es aún pertinente:

> Cuando sucede que una persona tiene que renunciar a un objeto sexual, muy a menudo sigue una alteración de su yo que sólo puede describirse como el establecimiento del objeto dentro del yo, como ocurre en la melancolía; la naturaleza exacta de la substitución es ahora todavía desconocida para nosotros. Puede ser que esta introyección, que es algo como una regresión al mecanismo de la fase oral, el yo facilite que se pueda renunciar al objeto o hace posible ese proceso. Puede ser que esta identificación sea la única condición bajo la que el ello puede renunciar a sus objetos. De cualquier manera, el proceso, especialmente en las fases iniciales del desarrollo, es muy frecuente, y hace posible suponer que el carácter del yo es un precipitado de catexias de objeto abandonadas y que contiene la historia de esas elecciones de objetos.

Esto está de acuerdo con el ensayo de Freud (1914), *"On Narcissism"*, y con su comprensión del superyó como también derivado de la interiorización de objetos paternales.

Jacobson rescató al "self" al trabajar elaborativamente el concepto de representación del "self". E igualmente como ella encontró este concepto indispensable para investigar los trastornos psicóticos, así lo he encontrado yo indispensable para comprender la patología neurótica, límite y narcisista, así como el desarrollo normal.

Ya que el "self" como persona es una entidad psicosocial, conductual e interaccional, sugiero reemplazar "self" con "carácter". Carácter refleja diversas configuraciones de estructura normal o anormal del yo expresada en patrones repetitivos de conducta. Es cierto que las defensas del carácter incluyen la expresión simbólica del "self" y las representaciones de los objetos, y tienen, por tanto, una cualidad representacional del "self" igualmente, pero creo que los términos *defensa del carácter, formación del carácter* y *estructura del carácter* son más precisos y útiles clínicamente que el de "self" cuando se refieren a la persona.

Propongo, en vez, reservar el término *"self"* para la suma total de representación del "self" en íntima conexión con la suma total de representaciones de los objetos. En otras palabras, propongo definirlo como una estructura intrapsíquica que se origina en el yo y está claramente incrustada en él. Conceptuar el "self" de este modo es permanecer cercano a la insistencia implícita de Freud de que "self" y yo están ligados en forma indisoluble. La carga libidinal del "self" así definido, está relacionada con la libidinal de las representaciones de los demás significantes, y la carga libidinal de la propia persona, corresponde a la carga libidinal de los otros (objetos externos). Todas estas cargas están relacionadas y se refuerzan entre sí.

PROBLEMAS DEL DESARROLLO

Me parece que la teoría estructural, particularmente como la elaboraron Jacobson (1964), y Mahler (1979), contiene un concepto de desarrollo, rico y sofisticado, respecto al "self", una elaboración de los aspectos duales del *Ich* de Freud.

Hay dos aspectos de las formulaciones de Freud (1923), respecto al origen del yo que han sido elaborados y gradualmente integrados con las formulaciones psicoanalíticas contemporáneas respecto al desarrollo más temprano. El primero es su idea de que el yo se diferencia del ello, o de una matriz original indiferenciada yo-ello, por su cristalización alrededor del sistema percepción-conciencia. El segundo es su sugerencia de que el yo es un precipitado resultante de la interiorización de las representaciones de objetos

cargados instintivamente. Que la percepción del infante y su conciencia debieran activarse particularmente cuando está en realidad interactuando con la madre y que las cargas instintivas de ella, que está evolucionando, debieran dejar señales en el área de conciencia del yo temprano, son afirmaciones probablemente suficientemente amplias para cubrir enfoques psicoanalíticos muy contrastantes. Sin embargo, las diferencias entre los enfoques psicoanalíticos en competencia se centran, sobre diversos problemas que nos llevan directamente a la cuestión del origen del "self" (como lo he redefinido).

Primero, ¿podemos concebir que un lactante tenga la capacidad para diferenciarse a sí mismo de su madre desde el comienzo de la vida? Melanie Klein (1946), y su seguidora Segal (1979), así como Fairbairn (1954) del grupo Británico Middle, claramente parecen pensar así, en tanto que Jacobson, Mahler y yo, y también Winnicott (1958, 1965), cuestionamos esta idea y suponemos una etapa inicialmente no diferenciada.

Si se presupone un estado inicialmente no diferenciado de una duración que varía, ¿contiene éste una representación del "self" omnipotente, primaria y "puramente narcisista" o contiene representaciones no diferenciadas "self"/objeto? Esta pregunta al parecer abstracta es crucial, en mi opinión, para formular una metapsicología contemporánea del narcisismo.

Jacobson (1964), propuso restringir el término *narcisismo primario* a la etapa no diferenciada del desarrollo, que ella vio como una de las catexias pulsionales no diferenciadas del "self psicofisiológico primario", marcada sólo por estado de tensiones en aumento y en disminución. Al mismo tiempo, ella consideraba al "self" psicofisiológico como un concepto puramente descriptivo, no relacionado con consideraciones metapsicológicas.

Jacobson vio el origen del yo como íntimamente ligado a las imágenes del "self" e imágenes de los objetos originalmente fusionadas –a lo que yo estoy llamando la representación no diferenciada "self"/objeto en él. Ella veía esta imagen como cargada con lo que, siguiendo la terminología de Freud, ella llamó *narcisismo secundario*. Aquí ella dio lo que yo pienso, es la respuesta prevalente de la psicología contemporánea del yo a esta cuestión: que la primera carga instintiva, particularmente libidinal, es en una representación no diferenciada "self"/objeto. Después la diferenciación gradual de representaciones del "self" y del objeto resultará igualmente en una carga diferenciada de libido (y de agresión). Al desarrollarse las representaciones diferenciadas del "self" y las de los objetos, también lo hace la carga libidinal en la representación del "self" y en la representación del objeto.

Con la diferenciación de "self" y objeto, la carga del objeto externo se experimenta como una continuación de la carga de su versión previa, no diferenciada. Las representaciones de los objetos y los objetos externos se cargan ahora simultáneamente y se refuerzan entre sí. Este punto de vista, que contrasta con suposiciones psicoanalíticas previas sobre el estado de aislamiento psicológico prolongado del lactante respecto del entorno humano, se apoya con la observación real del lactante y las reacciones discriminatorias impresionantemente precoces a los estímulos ambientales que reflejan la interacción de la madre con él.

La formulación de Jacobson soluciona, en mi opinión, el problema del origen de la carga instintiva del "self" y los objetos –la cuestión de si el narcisismo antecede a la catexia (carga) del objeto o si ocurren simultáneamente. Su formulación también liga la formación de la estructura dentro del yo con el establecimiento de representaciones interiorizadas del "self" y del objeto como subestructuras organizadoras primarias. Crea la base para una descripción de las vicisitudes de las representaciones del "self" y de los objetos –múltiples, contradictorias, no integradas al principio, consolidándose en forma gradual en conceptos integrados del "self" y del objeto.

Las formulaciones de Jacobson contribuyen con un antecedente teórico contra el cual ver la investigación de Mahler (1979) sobre la psicosis infantil autista y simbiótica y sobre las etapas de la separación-individuación normal y anormal. Mahler proporciona datos directos de observación y psicoanalíticos que permiten rastrear las etapas del desarrollo que Jacobson postula.

Sin embargo, el que Jacobson haga retroceder la etapa de "narcisismo primario" a una presunta fase muy inicial de descarga difusa sobre el "self psicofisiológico" deja obscuro el problema del origen y desarrollo de las pulsiones y su relación a la carga instintiva de las representaciones del "self" y de los objetos. La formulación de Jacobson de cargas del "self" y del objeto supone que las pulsiones libidinales y agresivas difieren en naturaleza.

Una pregunta más respecto al desarrollo del yo y del "self" se refiere a esta cuestión: ¿Se origina el "self" sólo a partir de estados de éxtasis de fusión con la madre y las representaciones "self"/objeto no diferenciadas correspondientes a estos estados, o se origina de la integración de dichos estados con estados de fusión de representaciones del "self" y del objeto bajo el impacto de experiencias dolorosas, terribles, frustrantes, o aun catastróficas? Esta pregunta es crucial porque surgen esquemas del desarrollo completamente diferentes según como se responda a ella.

Probablemente todos los psicoanalistas que han tratado esta cuestión estarán de acuerdo en que los estados de éxtasis, gratificantes, constituyen el núcleo del sentimiento del "self" o experiencia del "self" del yo. Algunos irían tan lejos como considerar el formar un concepto integrado del "self" sobre la base de dichas experiencias tempranas de fusión como si constituyeran el "self" normal, final, integrado.

Desde este punto de vista, el "self" normal reflejaría el derivado apropiadamente moderado de la representación, originalmente de éxtasis, "self"/objeto fusionada. Según este punto de vista, las experiencias frustrantes y la agresión que éstas desencadenan no serían parte del "self" original sino de la experiencia del "no yo", una amenaza externa al "self", no ligadas intrínsecamente con él. Aunque Kohut no formuló en realidad un modelo amplio del desarrollo más temprano, su teoría (1971, 1972, 1977) pudiera encajar en esta línea de pensamiento. A un nivel metapsicológico, este pensamiento permite omitir la agresión de la teoría del desarrollo del yo y del "self".

El concepto alternativo es que el desarrollo del "self" también ocurre en momentos de frustración elevada y de experiencias traumáticas o dolorosas. Estas determinan la formación de representaciones fusionadas "self"/

objeto patrocinadas por la frustración y el dolor. Estas representaciones mentales están cargadas de agresión. Más tarde evolucionarán en experiencias del "self" terribles, agresivas y devaluadas, y en representaciones terribles, agresivas, y sádicas de los objetos. Eventualmente llevan a la existencia de las múltiples representaciones contradictorias del "self" y de los objetos, que son tan desafiantes para el desarrollo del niño durante la separación-individuación. Estas representaciones mentales explican la fijación patológica en la subfase de acercamiento en el desarrollo (Mahler, 1971), cuando las representaciones del "self" diferenciadas pero no integradas y las contradictorias de los objetos significantes resultan en el síndrome de difusión de identidad. En contraste, la integración normal de representaciones contradictorias del "self" y de los objetos marca la transición de la separación-individuación "hacia la constancia objetal".

Este concepto de desarrollo del "self" bajo condiciones libidinales y agresivas es común a Jacobson, Mahler y a mí mismo, y también a Fairbairn y Klein; el modelo de desarrollo de Winnicott deja la impresión de una cierta ambigüedad a este respecto. Porque en el pensamiento de Klein el problema de la diferenciación de "self" y objeto apenas ha sido explorado (con excepción de un examen parcial en un ensayo de Bick [1968]), no puede lograrse en realidad, la correlación de los puntos de vista de Jacobson, Mahler, y los míos con los esquemas de desarrollo de Klein. La hipótesis de Fairbairn (1954), de un yo "prístino" integrado a partir del nacimiento plantea otros problemas respecto a los programas del desarrollo.

El concepto del origen de las representaciones del "self" y de la experiencia del "self" bajo el impacto de estados de fusión cargados agresiva y libidinalmente, lleva a un concepto del "self" como el producto de la integración definitiva de dichas representaciones contradictorias del "self" y de la correspondiente integración de los derivados de cargas pulsiones libidinales y agresivas por igual. De hecho, el modelo que estoy proponiendo concibe al "self" como cargado con derivados de la pulsión libidinales y agresivos integrados en el contexto de la integración de sus representaciones componentes del "self". Este modelo resuelve la misteriosa cuestión de cómo se correlacionan la formación de la estructura psíquica, desarrollo del "self" y de los instintos. También sugiere una explicación para el concepto de neutralización de las pulsiones (Hartmann, 1955).

El "self", entonces, es una estructura del yo que se origina de representaciones del "self" formadas primero en la fase simbiótica no diferenciada en el contexto de interacciones lactante-madre bajo la influencia de experiencias gratificantes y frustrantes. En forma simultánea el sistema percepción-conciencia evoluciona a funciones más amplias del yo igualmente: el desarrollo del control sobre la percepción, motilidad voluntaria, el establecimiento de huellas afectivas en la memoria y el sistema preconciencia. El "self" como una estructura psíquica se origina de representaciones del "self" cargadas libidinal y agresivamente. Es, en resumen, una función y estructura del yo que evoluciona en forma gradual desde la integración de sus representaciones componentes del "self" hacia una estructura supraordinada que incorpora otras funciones del yo —como memoria y estructuras cognoscitivas— y lleva a las características duales implicadas en el *Ich* de Freud.

FUERZAS MOTIVACIONALES: PULSIONES, AFECTOS Y RELACIONES OBJETALES

Creo que no es coincidencia que las controversias en psicoanálisis sobre el concepto del "self" estén tan íntimamente ligadas con aquellas sobre la teoría del instinto, en especial sobre la naturaleza y papel de la agresión en el desarrollo inicial. En forma análoga a la reacción hacia los descubrimientos de Freud respecto a la sexualidad infantil y que imputaba al psicoanálisis un interés mórbido y exagerado sobre la sexualidad, la teoría dual del instinto de Freud ha seguido originando reacciones culturales fuertes, contra el concepto de agresión como un instinto básico. Por lo general, se cree que los psicoanalistas "ortodoxos" tienen una visión clara, dura y agresiva sobre la vida así como sobre las dificultades de los pacientes. El modelo de desarrollo de Kohut (1971, 1977), que subraya la naturaleza central del "self" cohesivo (cuya fuerza motivacional no se explica, y sólo se implica como una pulsión autogeneradora hacia la madurez), no es sino una de muchas teorías psicoanalíticas psicológicas y culturalistas que en forma explícita o implícita rechazan la teoría del instinto, particularmente la agresión y la base biológica del desarrollo humano.

Quizá el no haber reexaminado la teoría del instinto, particularmente la relación entre afectos y pulsiones, a la luz de nuevos datos neuropsicológicos y del desarrollo, y la observación, haya contribuido a la incertidumbre respecto a las fuerzas motivacionales del desarrollo más inicial. Que esto es más que un problema puramente teórico, que es directamente relevante para la cuestión del origen y desarrollo del "self" y, por tanto, del narcisismo, debería ser evidente a partir de lo que he dicho en la sección anterior sobre el desarrollo de las representaciones más tempranas del "self" y de los objetos en el contexto de la interacción lactante/madre. Lo que sigue es un esfuerzo por integrar descubrimientos de estudios neuropsicológicos contemporáneos de los afectos y de investigación sobre el desarrollo del lactante con una formulación revisada de la teoría dual del instinto.

La conducta afectiva influye fuertemente en las relaciones objetales desde el nacimiento (Izard, 1978; Izard y Buechler, 1979). Una función biológica —central de patrones afectivos congénitos con sus manifestaciones conductuales, comunicativas y psicofisiológicas— va a señalar las necesidades del lactante al entorno (la persona materna) y así iniciar la comunicación entre el lactante y la madre, lo que marca el principio de la vida intrapsíquica (Emde y cols., 1978). Las investigaciones recientes nos han sorprendido con la descripción de un alto grado de diferenciación en las comunicaciones lactante/madre, presente muy al inicio (Hoffman, 1978). La teorización neuropsicológica supone ahora el almacenamiento de la memoria afectiva en la corteza límbica, la que, como indican los experimentos de estimulación cerebral directa, permite la reactivación de los aspectos cognoscitivos y afectivos de la experiencia pasada, en particular el matiz afectivo subjetivo de tal experiencia (Arnold, 1970). Los afectos, operando como el sistema motivacional más temprano, están por tanto íntimamente ligados a la fijación por la memoria de un mundo interiorizado de relaciones objetales (Kernberg, 1976).

Si suponemos que las estructuras afectivas de la memoria que reflejan las relaciones placenteras del lactante y la madre, en las que las representaciones del "self" y del objeto están todavía no diferenciadas, se forman por separado de las estructuras afectivas desagradables de la memoria en las que las representaciones del "self" y de los objetos están también no diferenciadas, sería lógico plantear las siguientes preguntas: ¿Es la activación determinada biológicamente de los afectos un reflejo de la activación de pulsiones libidinales y agresivas (o aún no diferenciadas), o son los afectos mismos —más que las pulsiones— las fuerzas motivacionales esenciales? ¿O estas estructuras afectivas sirven más bien para enlazar la conducta con el registro intrapsíquico de las interacciones del lactante con su madre, de modo que el sistema motivacional primario consista de relaciones objetales interiorizadas más que de afectos o pulsiones?

Sugiero que los afectos son el sistema motivacional primario, en el sentido de que están al centro de cada uno del número infinito de sucesos concretos gratificantes y frustrantes que el lactante experimenta con su entorno. Los afectos enlazan una serie de representaciones "self"/objeto no diferenciadas de manera que se construye en forma gradual un mundo complejo de relaciones objetales interiorizadas, algunas matizadas de modo placentero y otras desagradablemente.

Pero aún en tanto que los afectos están ligando las relaciones objetales interiorizadas en dos series paralelas de experiencias gratificantes y frustrantes, las relaciones objetales interiorizadas "buenas" y "malas" están en sí siendo transformadas. El afecto predominante de amor u odio de las dos series de relaciones objetales interiorizadas se enriquece, se modula y se hace crecientemente complejo.

Con el tiempo, la relación interna del lactante hacia la madre bajo el signo del "amor" es más que la suma de un número finito de estados de afecto amoroso concretos. Lo mismo es cierto para el odio. El amor y el odio se vuelven así estructuras intrapsíquicas estables, en continuidad genética a través de varias etapas del desarrollo; por esa misma continuidad, se consolidan en libido y agresión. Ambas, a su vez, se vuelven sistemas motivacionales jerárquicamente supraordinados que se expresan en una multitud de disposiciones diferenciadas de afecto bajo diferentes circunstancias. En resumen, los afectos son los bloques constructores, o constituyentes, de las pulsiones; éstos con el tiempo adquieren una función señaladora para la activación de las pulsiones.

Al mismo tiempo, las respuestas afectivas iniciales no diferenciadas, relativamente crudas, evolucionan en afectos diferenciados con componentes subjetivos divergentes, implicaciones cognoscitivas, y características de conducta. Algunos autores han clasificado los afectos fenomenológicamente (Plutchik, 1980). La naturaleza cambiante de las respuestas afectivas al mismo objeto externo y sus representaciones internas no permite por sí misma establecer la continuidad en el desarrollo del conflicto inconsciente intrapsíquico mediante afectos "primarios".

Sin embargo, la libido y la agresión se manifiestan clínicamente en un espectro de disposiciones del afecto y estados del mismo. Podemos así rastrear clínicamente el gran conjunto de estados del afecto y sus correspondientes relaciones objetales hasta la agresión, libido, o —en etapas posteriores del desarrollo— condensaciones de estas dos pulsiones. También la relación hacia un objeto cambia bajo la influencia de la activación biológica de nuevos estados del afecto, que surgen a lo largo del desarrollo y son causantes de la cualidad de cambio de las pulsiones. Por ejemplo, los deseos libidinales preedípicos por la madre cambian bajo el impacto de estados de afecto matizados sexualmente que surgen durante la etapa edípica. Estos afectos se organizan en impulsos genitales que operan en continuidad con deseos libidinales previos. Pero la cualidad subjetiva y las implicaciones motivacionales son diferentes. De manera similar, la agresión dirigida hacia el mismo objeto libidinal, también manifestada en diversos estados afectivos agresivos componentes, trasciende cada uno de estos afectos agresivos concretos y —particularmente después de la condensación e integración de pulsiones agresivas y libidinales— produce o contribuye a una nueva complejidad de relaciones objetales y a un nuevo conjunto de estados del afecto integrados, de un nivel más alto o más complejos (como tristeza, ternura, culpa o nostalgia).

¿Debiéramos mantener el término *pulsión,* para estos sistemas motivacionales jerárquicamente supraordinados de agresión y libido? Desafortunadamente, esta discusión se confunde por el resultado de traducir al inglés los términos de Freud de *Trieb* e *Instinkt.* Freud prefería *Trieb,* mejor traducido como "drive", precisamente porque él concebía las pulsiones como sistemas psíquicos motivacionales relativamente continuos en el límite entre lo físico y lo mental, en contraste con los instintos, que él veía como disposiciones conductuales innatas, discontinuas y rígidas.

Desafortunadamente, la *Standard Edition* traduce *Trieb* las más de las veces si no consistentemente, como "instinto". A la luz del concepto contemporáneo prevalente de instintos en biología (Tinbergen, 1951; Lorenz, 1963; Wilson, 1975), el término *componentes instintivos* para patrones experienciales innatos perceptivos, conductuales, de comunicación, psicofisiológicos y subjetivos —o sea, afectos— parece apropiado, en contraste al uso del término *pulsiones* para los sistemas motivacionales de libido y agresión. El concepto de Freud de pulsiones psicológicas en contraste a instintos biológicos encaja aquí notablemente bien con desarrollos biológicos contemporáneos (Kernberg, 1976).

Habiendo explicado como veo la relación entre pulsiones y afectos, me apresuro a añadir que las primeras son manifiestas no sólo por los afectos, sino por la activación de una relación objetal específica, que incluye un afecto y en la que la pulsión está representada por un deseo o anhelo específico. La fantasía inconsciente, siendo la más importante de naturaleza edípica, incluye un deseo específico dirigido hacia un objeto. El deseo se deriva de la pulsión y es más preciso que el estado de afecto, razón adicional para rechazar un concepto que haría de los afectos más que de las pulsiones, el sistema motivacional jerárquicamente supraordinado.

En el mismo tenor, si las pulsiones se manifiestan clínicamente por deseos concretos hacia los objetos, y si éstas se originan en experiencias cargadas de afecto con el objeto más temprano, ¿no podría conceptuarse mejor el sistema motivacional primario como las relaciones objetales inte-

riorizadas? ¿Es la búsqueda de un objeto el sistema motivacional primario? Fairbairn claramente lo creía así, y, a la luz del rechazo de Kohut (1977), de las pulsiones como sistemas motivacionales para los niveles preedípicos del desarrollo, parecería que él también opinaba lo mismo. Tengo varias razones para disentir.

Primero, la organización de la realidad intrapsíquica en términos de amor y odio es más importante para nuestra comprensión de la continuidad en el desarrollo intrapsíquico, conflicto inconsciente y las relaciones objetales mismas, que el hecho de que estos estados contradictorios sean originalmente dirigidos hacia el mismo objeto —madre— o que, en la fase edípica, un objeto masculino y uno femenino sean los recipientes de las necesidades y deseos dominantes del niño. La relación entre libido y agresión, y entre deseos pregenitales y genitales, proporciona fuerza explicativa para las relaciones contradictorias hacia los mismos objetos.

Segundo, la misma naturaleza de los deseos agresivos resulta en una lucha contra la consolidación de las relaciones objetales e incluye como un propósito principal, la eliminación del objeto frustrante, peligroso o competidor. A este respecto, es típico de las teorías de relaciones objetales que las ponen como el sistema motivacional primario, descuidar la importancia de la agresión y por tanto del conflicto intrapsíquico inconsciente.

Tercero, el cambio fundamental en la cualidad de la libido bajo el impacto de los desarrollos edípicos a los que nos referimos antes —en otras palabras, la importancia central de la sexualidad genital infantil— es también típicamente subestimado en las teorías que consideran la relación hacia el objeto como jerárquicamente supraordinada a las pulsiones.

Volviendo al tema de las fuerzas motivacionales que determinan el origen del yo y del "self", creo que mi propuesta de la reformulación de la teoría dual de los instintos soluciona la cuestión respecto a la maduración y desarrollo de la libido y la agresión que Jacobson deja abierta. También proporciona un modelo psicoanalítico para el desarrollo más temprano que hace justicia a la función crucial de los afectos en la activación de las interacciones más tempranas lactante/madre. Más aún, explica la relación de los afectos con la interiorización y desarrollo de las representaciones del "self" y los objetos. Creo que este punto de vista es equivalente a las formulaciones de Spitz (1965, 1972), respecto a los organizadores del desarrollo inicial del yo y también a los descubrimientos de Mahler. Por último, proporciona un puente entre la teoría de Freud del yo como evolucionando del sistema percepción-conciencia, por un lado, y del precipitado de las relaciones objetales, por el otro, sin tener que asumir un grado de diferenciación inicial desproporcionado a nuestro conocimiento presente del desarrollo del lactante.

IV. Regresiones Graves: Diagnóstico y Tratamiento

15

Estancamientos en el tratamiento

Muchos pacientes límite no cambian en forma notable al cabo de años de tratamiento a pesar de los esfuerzos de terapeutas diestros de diversas orientaciones. A causa de mi interés particular en estos pacientes, he tenido la oportunidad de actuar como consultor en el tratamiento de muchos casos así. Lo que sigue son algunas consideraciones generales respecto a los problemas frecuentemente implicados en la falta de logro de un cambio del paciente, y algunas sugerencias para manejar los estancamientos terapéuticos.

Las reacciones terapéuticas negativas son una causa importante de estancamiento. Sin embargo, creo que es preferible discutir estos problemas en términos de la ausencia de un cambio importante y restringir el sentido de reacción terapéutica negativa al empeoramiento del trastorno del paciente, particularmente como se refleja en la transferencia, en momentos cuando él lo está percibiendo consciente o inconscientemente, como un objeto bueno que está intentando proporcionarle ayuda significativa. Las reacciones terapéuticas negativas se derivan de (1) un sentido de culpa inconsciente (como en las estructuras masoquistas del carácter); (2) la necesidad de destruir lo que recibe del terapeuta debido a la envidia inconsciente de él (típico en personalidades narcisistas); (3) la necesidad de destruir lo que se recibe del terapeuta como un objeto bueno a causa de la identificación inconsciente del paciente con un objeto primitivo, sádico que requiere de sumisión y sufrimiento como una condición mínima para conservar cualquier relación objetal significativa (como en algunos pacientes límite y muchos esquizofrénicos que confunden amor y sadismo [Kernberg, 1975]).

Mis descubrimientos parecen estar acordes con los de otros (Olinick, 1964; Rosenfeld, 1971, 1975; Valenstein, 1973; Asch, 1976) quienes, desde

diversas posiciones clínicas y teóricas, subrayan la importancia de los conflictos preedípicos, la agresión grave y los problemas estructurales que implican representaciones tempranas del sí mismo y de los objetos (más que conflictos posteriores del superyó en la reacción terapéutica negativa. Esta dinámica es sumamente relevante para el problema de por qué muchos pacietes límite que al parecer fueron seleccionados apropiadamente para tratamiento psicoterapéutico –y en quienes se esperaba un cambio importante– no logren cambiar en forma significativa. La persistencia de la conducta patológica y la falta de respuesta a la psicoterapia intensiva a menudo reflejan reacciones terapéuticas negativas subyacentes que pueden infiltrar toda la situación del tratamiento por meses y hasta años.

El estancamiento terapéutico puede ser manifiesto desde el principio del tratamiento o hacer su aparición después que años de terapia han producido algún cambio importante. Aunque el terapeuta esté naturalmente más optimista cuando un estancamiento se desarrolle después de años de tratamiento que han logrado algún cambio importante, estos estancamientos tardíos a menudo son tan intensos como para causar que el terapeuta dude respecto a su estimación del cambio anterior. El deterioro en la transferencia y en la vida entera del paciente puede ser tan grave que todo el cambio previo parece haber sido anulado.

Los rasgos encontrados con más frecuencia tanto en los casos donde no ocurre cambio desde el principio del tratamiento, y en aquellos que desarrollan esta complicación después de muchos meses y años son, primero, grandiosidad no mutada en las estructuras narcisistas graves. Estos pacientes pueden deshumanizar la situación del tratamiento. Aun los paciente narcisistas que parecen estar funcionando en un nivel no límite pueden negar por completo cualquier realidad emocional en la transferencia. Otras personalidades narcisistas quizá tengan que negar en forma retrospectiva la ayuda que hayan recibido del analista, y su experiencia de toda la mejoría será como debida a sus propios esfuerzos –a menudo "a pesar" del analista– y terminen el tratamiento con una devaluación total del analista si bien incluso llevándose su mejoría "originada por sí mismos" en un "robo" inconsciente del trabajo o creatividad del analista.

El "acting out" masoquista grave relacionado con la sumisión a, y la identificación triunfante con, una formación sádica inexorable del superyó es también característico de los estancamientos, como lo es una identificación aún más primitiva con un objeto sádico "loco" que proporciona amor sólo en el contexto de sufrimiento y odio. Cualquier relación satisfactoria es así equivalente a matar –y ser matado por– la imagen paternal necesitada y, por tanto, perderla. Triunfar sobre todos aquéllos que no sufren de este horrible destino humano es la única protección contra un sentido de desastre psíquico total.

La necesidad de neutralizar o vencer los esfuerzos del terapeuta puede evolucionar hacia un círculo vicioso. Al persistir el terapeuta en ayudar al paciente frente a la ausencia obvia de respuesta o aún el empeoramiento del trastorno del paciente, la envidia del paciente, y el resentimiento por el compromiso y dedicación del terapeuta pueden reforzar su culpa respecto al mal trato hacia el terapeuta (quien, en contraste con las otras experiencias del paciente, no responde al odio con odio) y así su necesidad de escapar de

la culpa. Los pacientes con una regresión fuerte pueden sentirse aliviados cuando el terapeuta pierde la paciencia y "contraataca". Y aunque el paciente pueda racionalizar su alivio con la idea de que el terapeuta es "humano después de todo", a un nivel más profundo hay por lo general un aumento en las defensas contra los sentimientos de culpa; el paciente sádicamente hace un "acting out" de su triunfo sobre el terapeuta, con el peligro de reconfirmar los círculos viciosos patológicos de interacciones en las que se ha involucrado con otros significantes en el pasado.

A veces, bajo condiciones de estancamiento terapéutico crónico, uno puede observar la ocurrencia aparentemente extraña de alguna mejoría en el funcionamiento del paciente fuera de las sesiones. O el paciente puede aparecer cada vez más dispuesto a continuar una situación terapéutica imposible en forma interminable. En algún punto es como si el tratamiento hubiera reemplazado la vida y el paciente estuviera expresando en su conducta un deseo urgente y un mandato mágico de que el tratamiento continue para siempre (por lo tanto sin ningún cambio), que la realidad se haga a un lado en una complicidad inconsciente entre terapeuta y paciente. El terapeuta puede sentir intuitivamente que el paciente experimentará cualquier desafío a su equilibrio estable como un acto de crueldad increíble, como si el terapeuta lo estuviera arrojando a los leones.

En medio de un estancamiento así, los pacientes pueden demandar muy directamente que el terapeuta compense su sufrimiento pasado dedicándoles su vida totalmente a ellos. Pero, sin importar el grado al que el terapeuta se esfuerce por complacer los deseos del paciente, con el tiempo tienden a hacerse prominentes los siguientes puntos:

Primero, el paciente puede destruir el tiempo en el sentido de perder su perspectiva del mismo; o sea, se centra en cada sesión como si el tiempo hubiera llegado a un alto entre las sesiones y como si paciente y terapeuta fueran a vivir, y el tratamiento a continuar para siempre.

Segundo, esta destrucción del tiempo puede acompañarse del hecho de ignorar y rechazar específicamente la evidencia del interés y dedicación del terapeuta. Es como si la suspicacia y descalificación destructiva del paciente respecto al terapeuta estuvieran encaminadas a destruir el amor con la crueldad, en tanto se proyecta ésta sobre el terapeuta. Las acusaciones implacables con implicaciones de que el terapeuta no ama lo suficiente al paciente son las más frecuentes pero no las manifestaciones más graves de esta tendencia. Misteriosamente, en momentos cuando el terapeuta pueda en efecto estar tan exhausto internamente que se retraiga temporalmente de los intentos activos de trabajar con el paciente, las acusaciones de éste a menudo disminuirán, y puede seguir una extraña complicidad inconsciente que fomenta la parálisis y el vacío en la situación psicoterapéutica.

Tercero, el paciente puede intentar convencer al terapeuta de que la comprensión psicológica y la empatía ordinarias no tienen lugar en esta situación. Si este esfuerzo tiene éxito, el terapeuta puede entonces pensar que él debería reemplazar su comprensión concreta de la dinámica de la transferencia con formulaciones más generales de retardos en el yo, falta de capacidad para la comprensión emocional, déficit cognoscitivos y similares. Hay, desde luego, pacientes con estos límites en el funcionamiento de su yo, por

ejemplo, una incapacidad para la comunicación simbólica como parte de una disfunción cerebral mínima. Sin embargo, lo que es sorprendente en estos casos es que un estudio cuidadoso inicial o una revisión de los casos en consideración revela que, en contraste con aquéllos con disfunción cerebral mínima, no llegan a revelar estos déficit y que, a menudo, por el contrario, al inicio del tratamiento muchos de los pacientes habían dado alguna evidencia de capacidad para la comprensión psicológica. A veces, aun los terapeutas muy experimentados pueden tener que pedir ayuda en puntos cuando la comprensión humana ordinaria ya no parece funcionar, sólo para encontrar a partir de la observación de los otros que el paciente ha dado evidencia de mucho más comprensión de lo que ha estado sucediendo que lo que ha revelado al terapeuta (este fenómeno ha ocurrido con frecuencia dramática en trabajo de consulta de estos casos).

En resumen, una parte muy activa en el paciente tiende a destruir el tiempo, amor, interés y comprensión cognoscitiva. Yo creo que el terapeuta está aquí enfrentándose a la activación de los niveles de agresión más profundos. A veces es imposible resolver estos estancamientos graves en el tratamiento; sin embargo, es a veces posible hacerlo con un enfoque esencialmente analítico. Para este fin, se vuelven cruciales ciertas tácticas y actitudes terapéuticas.

IMPACIENCIA EN EL "AQUI-Y-AHORA"

Antes que nada, en vez de resignarse a una actitud pasiva de "esperar y ver" en cada hora de sesión, en tanto que realmente se va desanimando cada vez más al pasar el tiempo, es útil para el terapeuta templar la paciencia que por lo general mantiene por un periodo de tiempo largo con impaciencia, una negativa a aceptar en forma pasiva la destrucción del trabajo psicoterapéutico concreto en cada sesión. El terapeuta debe contrarrestar activamente el "acting out" de la agresión grave. Esta "actividad" no significa que haya abandonado la posición de neutralidad técnica.

Hay veces que el terapeuta puede sentirse exhausto, incapaz de pensar o decir nada. Cuando el tratamiento se mantiene en un estancamiento, el terapeuta puede sentir a veces que no sólo se está logrando nada en la sesión sino que no tiene nada nuevo que ofrecer. El está, por así decirlo, paralizado por completo en términos de cualquier pensamiento, sentimiento o intervención que pudiera influir en la situación. Para el terapeuta ser forzado hacia esta sensación subjetiva refleja la destrucción o negación del significado de la interacción presente. Esta situación sólo puede evocar ansiedad en el terapeuta.

El puede sentir que necesita un inicio nuevo pero no sabe dónde empezar; se siente responsable de las tareas no cumplidas y culpa por permitir al paciente continuar en una situación que, en cuanto a lo que el terapeuta puede ver, no es útil. Estos sentimientos también activarán cualquier potencial de contratransferencia que exista. El terapeuta puede beneficiarse al explorar esto plenamente dentro de sí, utilizando los malos momentos en el tratamiento del paciente para aprender más de sí mismo.

Si y cuando el terapeuta puede reasegurarse que su intervención estará determinada no por sus propias necesidades de contratransferencia sino por las necesidades reales del paciente, él debería entonces confrontar activamente al paciente con el hecho de que nada está sucediendo y de que paciente y terapeuta tienen la tarea urgente de explorar por qué esto es así. En verdad, ésta puede ser la tarea principal para ambos participantes. Si el paciente reacciona con enojo y sospecha de estos esfuerzos por examinar y resolver un estancamiento terapéutico, debiera interpretarse su distorsión de lo que el terapeuta está haciendo.

Un paciente en psicoanálisis se quedaba dormido de inmediato cada vez que el analista se centraba en la transferencia; nunca se durmió en otros momentos. El paciente extendió en forma gradual esta conducta a todas las situaciones cuando el analista hacía comentarios que el paciente sospechaba que estaban directamente relacionados con un esfuerzo por centrarse en la transferencia, incluyendo todos aquellos relacionados con el hecho de quedarse dormido el paciente, quedarse dormido cuando el analista comentaba sobre el peligro de quedarse dormido, y así en forma sucesiva. Retrospectivamente, este puede parecer un caso extraño, casi divertido, de represión, pero en tanto que sucedía reflejaba el esfuerzo inconsciente del paciente por vencer al analista a quien él percibía como una imagen paterna sádica. El analista comenzó a centrarse más y más en la extraordinaria tranquilidad del paciente y su falta de preocupación frente a este desarrollo, lo que había producido un estancamiento terapéutico que ya duraba meses. En el proceso, la atención interpretativa se amplió hasta que la vida completa del paciente parecía centrarse en su tendencia a quedarse dormido las horas de análisis. El análisis sistemático de esta conducta eventualmente reveló su función como un "acting out" de la transferencia negativa originándose primero, en la rebelión contra el padre edípico y, después, en los conflictos con la madre preedípica.

Apenas se necesita enfatizar que el terapeuta debiera intervenir sólo cuando no está bajo el imperio de afectos hostiles negativos hacia el paciente. Esta agresión hacia el paciente puede ser una reacción "normal", pero por lo general se condensa con cualquier potencial que exista en el terapeuta para las reacciones de contratransferencia agresiva. El terapeuta debería contener esta reacción y usarla para entender. El paciente puede alarmarse de lo que percibe como la actitud agresiva, confrontadora del terapeuta, y la interpretación de los temores del paciente de que el terapeuta esté a punto de detener el tratamiento como venganza contra los esfuerzos inconscientes del paciente por socavarlo, puede ser un paso importante para clarificar la naturaleza de esta situación de la transferencia.

Mi opinión es que es mejor para el terapeuta arriesgarse a convertirse en un "chivo en cristalería" que permanecer paralizado; quieto en una complicidad pasiva con la destrucción del tiempo por parte del paciente cuando menos, un enfoque activo reconfirma al paciente el interés del terapeuta, su determinada intolerancia de situaciones imposibles, y su confianza en la posibilidad de cambio. En particular, con pacientes que han estado en tratamiento por muchos años, el terapeuta puede encontrar más y más difícil enfrentarse a darse cuenta cada vez más de la falta de cambio. La acumula-

ción de culpa por haber tolerado el estancamiento por un largo periodo de tiempo, tan realista o no como pueda ser, es un impedimento más para cambiar, originándose éste en el terapeuta.

ATENCION SOBRE EL TIEMPO Y LAS METAS DEL TRATAMIENTO

El terapeuta necesita recordar al paciente de la falta de progreso en el tratamiento, traer a la atención una y otra vez las metas del mismo, establecidas al principio y el aparente descuido de éstas por el paciente en tanto que asume una actitud de que el tratamiento debería y podría seguir para siempre. En esta conexión, el terapeuta necesita subrayar las diferencias entre las metas realistas del tratamiento y las de vida del paciente, como hace notar Ticho (1972).

Por ejemplo, una mujer de 45 años que se había divorciado de su esposo como la última forma de representar una larga serie de relaciones sadomasoquistas con los hombres (todas las que terminaron en su frustración y decepción por el abandono de ellos hacia ella) desarrolló una reacción de rabia prolongada hacia el terapeuta porque él no respondía a los avances amorosos de ella. La interpretación cuidadosa y bastante completa de los significados de este patrón después de un periodo amplio no había llevado a su solución. Cuando el terapeuta por último se dio cuenta que la paciente había mantenido la fantasía secreta de casarse con él como parte de su decisión inicial de entrar a tratamiento, él lo confrontó con esta información. Puesta frente a esta confusión no realista de sus metas en la vida y sus metas en el tratamiento, la paciente enojada lo terminó y se rehusó a continuar o a iniciarlo con alguna otra persona. El problema de las metas del tratamiento debería haber sido explorado desde el principio del mismo.

ATENCION SOBRE LA DESTRUCCION DE LA REALIDAD EXTERNA

La atención sobre las metas amplias del tratamiento debería complementarse con una atención precisa sobre la realidad inmediata del paciente. Por lo general, en un estancamiento extremo, prolongado, el paciente también descuida las circunstancias de su realidad inmediata y revela un sentido casi consciente de triunfo al vencer sus propios esfuerzos, un triunfo sobre el terapeuta, cuya impotencia se reconfirma cada día al desarrollarse las situaciones imposibles e invitar al desastre. Es esencial que el terapeuta interprete la rabia inconsciente (y a veces consciente) hacia él expresada en el juego como de ruleta rusa del paciente en su vida diaria.

El paciente tendrá que asumir la responsabilidad de su situación vital inmediata así como de sus planes a largo plazo. Esta es una responsabilidad que yo creo que esperamos de cualquier paciente que se somete a psicoterapia psicoanalítica como paciente externo y constituye la línea básica de realidad contra la que el "acting out" de la transferencia puede evaluarse e interpretarse. En un estancamiento extremo, el "acting out" puede tomar la forma de un "quemar todos los puentes" en la vida externa actual y en el futuro, con la expectativa implícita de que el terapeuta asumirá toda la responsabilidad; esto deberá interpretarse en forma consistente.

Todo esto señala la necesidad crucial de una evaluación inicial cuidadosa de las indicaciones y contraindicaciones para psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica intensiva de los pacientes límite (y otros). Ilustra lo que he sugerido (capítulo 6) que son los tres problemas que codeterminan las prioridades para el trabajo interpretativo en cada sesión con pacientes límite: el patrón de transferencia predominante en cualquier momento particular, la situación vital inmediata del paciente y las metas globales del tratamiento.

INTERPRETACIONES DEL AMOR E INTERES DISOCIADOS

El terapeuta puede ser útil también bajo las condiciones descritas al interpretar consistentemente la escisión entre las actitudes enojadas, demandantes y autoderrotistas del paciente en la transferencia y sus periodos del calma, y de conducta amigable, relajada, y con muestras de interés hacia el terapeuta. Hay necesidad de conjuntar estas islas del yo potencialmente observador, en particular del autointerés que permanece, junto con el área principal de la personalidad, donde domina la agresión ilimitada e incontrolada. Aunque esta táctica pueda parecer obvia en teoría, en la práctica no podemos subestimar el alivio que puede experimentar un terapeuta en cuando menos algunos momentos "buenos", tranquilos, relajados en sus interacciones con un paciente cuyo tratamiento está, por otra parte, volviéndose una pesadilla para él.

El terapeuta puede sentirse tentado a coludirse con los mecanismos de escisión en el paciente como una forma de preservar sus propios sentimientos buenos sobre el paciente frente a su agresión implacable en general. El terapeuta debe hacer un esfuerzo deliberado por mantener en mente que el paciente ha dado evidencia de una capacidad para trabajar sobre sus problemas (de otro modo no estaría en el tipo de tratamiento en el que está), y el terapeuta debe también recordar los aspectos "buenos" del paciente. Es esta confianza en el potencial del paciente, una confianza básica en su capacidad para aprender, lo que permite al terapeuta confrontarlo activamente sin confabularse en islas defensivas de amistad y sin ahogarse en sentimientos culpables que nacen de las acusaciones del paciente de que el terapeuta lo está atacando.

En otras palabras, la confianza en lo que el paciente pueda llegar a ser, es la base de la fuerza desde la que se realice la confrontación de modo que esté libre de implicaciones primitivas. Paradójicamente, el terapeuta que puede mantener este tipo de confianza en el potencial del paciente sin negar el aspecto defensivo de la "cordialidad" temporal del paciente frente a la agresión que abarca todo, estará más libre y será más efectivo en el manejo de la transferencia negativa que aquél que intenta conservar una imagen de las "cualidades agradables" del paciente disociadas de los aspectos desagradables o terribles de su conducta.

Un corolario a esta actitud es esperar nada en términos de un cambio de corto alcance, inmediato, en las sesiones, mantener una actitud consistente de desafío con interés de sesión a sesión, en tanto que se espera que cualquier cambio tomará un largo tiempo en verdad. El paciente puede estar dispuesto a "mejorar" en atención al terapeuta, tentando así a éste a alimentarle sus esfuerzos por reemplazar la vida con la situación del tratamiento. El terapeuta tiene que interpretar este aspecto también. A la larga, la combinación de impaciencia sublimada en cada sesión, una actitud cuestionadora e interesada, una expectativa de no cambio inmediato, y sin embargo, confianza respecto a los prospectos para el cambio a largo plazo, pueden proporcionar un efecto de apoyo muy fuerte al tratamiento.

La alternativa para esta actitud optimista es una sumisión tranquila, casi masoquista hacia el control omnipotente del paciente en las sesiones, un esfuerzo por mantener una imagen de él mismo como una "persona simpática", el desarrollo gradual de lástima por el paciente (una manifestación frecuente en la contraagresión del terapeuta), y la tendencia a, de repente, rendirse en algún punto con lo que pudiera llamarse una tranquila rabieta temperamental. Una decisión realista para terminar el tratamiento debiera ser el resultado de un proceso continuo en el que paciente y terapeuta compartan la convicción creciente de que no puede lograrse ya mucho más en una determinada situación de tratamiento.

GANANCIA SECUNDARIA DEL TRATAMIENTO

En condiciones de estancamiento crónico, puede ayudar al terapeuta el reevaluar si el paciente en forma realista tiene algo mejor que esperar que su vida presente y la situación del tratamiento. A veces el paciente en un estancamiento terapéutico crónico o en una reacción terapéutica negativa logra contaminar la mente del terapeuta con la convicción creciente de que el paciente no puede esperar nada mejor de la vida que lo que ahora tiene, que no sería capaz de tener una vida más satisfactoria si estuviera funcionando por su cuenta.

Este problema se vuelve particularmente importante con los pacientes de edad madura y los más viejos, con quienes no puede mantenerse la ilusión de que si todo lo demás falla, la juventud guarda sus propias promesas para el futuro. Es, por supuesto, importante evaluar al principio del tratamiento si el paciente –si y cuando sus metas de tratamiento se logren– tendrá algo mejor que esperar que su situación de vida presente. Por ejemplo, si el terapeuta está convencido, de que la vida del paciente ya ha pasado, de que el grado de destrucción en que el paciente ha incurrido en términos de la posibilidad de amor, vida familiar o trabajo, creatividad, y fuentes de gratificación en general, es tal que en realidad no hay mucho que esperar, entonces quizá no haya razón para someter al paciente a una psicoterapia psicoanalítica intensa.

Es cierto que a veces un cambio en la actitud interna del paciente hacia la vida puede ser lo que se busca, pero ésta deberá ser una meta del tratamiento claramente comprendida y compartida. Como ilustración: Un paciente vino a tratamiento porque su esposa lo había abandonado por otro hombre. Su objetivo inicial del tratamiento era llegar a ser psicológicamente sano de modo que pudiera recobrar a su esposa. Sólo después de alguna discusión del tratamiento y de las metas vitales pudo él darse bien cuenta que el tratamiento psicológico no sólo no garantizaría el que recuperara a su esposa sino que ni siquiera le aseguraría la posibilidad de establecer otra relación satisfactoria con una mujer; lo más que él podía esperar era un cambio en aquellas actitudes internas que interferían con el potencial de una buena relación.

La posibilidad decreciente de encontrar una pareja sexual satisfactoria y en particular una pareja marital al paso de la vida, tiene que ser parte de la discusión del tratamiento y de las metas vitales. Estas precondiciones permiten que el terapeuta, durante periodos de estancamiento prolongado, reconfirme en forma interna su confianza de que el paciente tiene potencialmente algo mejor que esperar.

LA TOLERANCIA DEL TERAPEUTA A LA AGRESION

Debe conservarse en mente que los pacientes límite están luchando contra un pasado aterrador y son incapaces de proyectar al futuro ninguna concepción de una vida mejor de la que han tenido. Por tanto, se vuelve algo muy importante la convicción del terapeuta de que el paciente *puede* vivir una vida mejor y que la pérdida, enfermedad grave, y el fracaso pueden ser tolerados y trabajados elaborativamente, si es que no superados por completo. La creencia del terapeuta de que es posible "comenzar todo de nuevo" puede volverse un instrumento poderoso en la interpretación y trabajo elaborativo de la transferencia.

Las metas realistas del tratamiento incluyen la aceptación no sólo de las deficiencias no resueltas sino de la inevitabilidad de la agresión en la vida ordinaria. Es esencial que el terapeuta se adapte a y tolere la agresión en sí mismo y en los demás. La tolerancia del terapeuta de su propia agresión y de la de las personas que él ama puede hacer más fácil para él interpretar la agresión del paciente. Hacer frente a la existencia de la agresión en una forma rotunda y conservar una actitud realista sobre las limitaciones de la relación terapéutica, está en contradistinción de actitudes tan antiterapéuticas como la frialdad obsesiva, el retraimiento narcisista, la "unidad mesiánica" con el paciente, y sobre todo, una negación ingenua tipo Pollyanna* de la ambivalencia de todas las relaciones humanas.

La capacidad del terapeuta para aceptar las verdades sobre él mismo y sobre su propia vida pueden permitirle expresar en su conducta la convicción de que el paciente también será capaz de aceptar verdades de sí mismo y de su vida. Una honestidad intransigente al enfrentar los prospectos más turbulentos y dolorosos de la vida puede volverse parte de intervenciones muy concretas con pacientes que están teniendo estancamientos a largo

* **N. del T.**: Actitud de que todo está bien y que la vida es buena, aunque la realidad lo desmienta (cf. Pollyanna, novela de Eleanor Porter, 1913).

plazo en el tratamiento. La confianza del terapeuta de que el paciente puede tolerar y aceptar la verdad sobre él mismo, expresa confianza en sus recursos potenciales. Por ejemplo, la comprensión del terapeuta de sus propias fantasías sobre las necesidades de pacientes mayores respecto a sexo, compañía y efectividad social puede ayudarle a abrirse camino en el uso defensivo del paciente de la edad avanzada como una estratagema para hacer sentir culpable al terapeuta o como una racionalización para la resignación autodestructiva.

LA FUNCION "SOSTENEDORA" DEL TERAPEUTA

En el estancamiento terapéutico crónico, el terapeuta desarrolla una función "sostenedora". He observado periodos en el psicoanálisis o en la psicoterapia psicoanalítica de pacientes límite donde, como sugiere Winnicott (1960a), tiene lugar una regresión silenciosa hacia lo que consiste una forma primitiva de dependencia del analista, experimentado como una "madre sostenedora". En estos momentos, la presencia intuitiva y empáticamente comprensiva, puede ser preferible a los efectos perturbadores, experimentados como intrusivos, de las interpretaciones verbales. Estos periodos de cercanía e intimidad tranquilas, en los que puede surgir el "sí mismo verdadero" del paciente detrás de su "sí mismo falso" (sus esfuerzos seudoadaptativos artificiales), difieren dramáticamente de la situación en estados crónicos de estancamiento donde la sensación del paciente de no ser entendido, o amado, por el terapeuta, y respecto al entrometimiento de éste, es un producto de la negación defensiva del paciente de sus propias necesidades y esfuerzos destructivos.

Es verdad que durante los periodos crónicos del "acting out" de la destructividad en la transferencia el que el terapeuta permanezca en silencio y recostado puede aliviar temporalmente la angustia y rabia del paciente. Pero este alivio a menudo resulta que refleja la satisfacción fantaseada del paciente de su agresión —por ejemplo, su fantasía de que sus ataques envidiosos han destruido los procesos creativos del terapeuta, particularmente la capacidad para el pensamiento independiente, creativo. Así, la aparente tolerancia del terapeuta hacia el paciente como él es, puede, a un nivel más profundo, alimentar la sensación del paciente respecto del terapeuta como si cediera a sus demandas y destructividad. Esta situación es radicalmente diferente de los momentos de interés silencioso y empatía por parte del terapeuta que son reconocidos por el paciente al darse cuenta de estas características del terapeuta. Sin embargo, hay otra función "sostenedora" ejercida por el terapeuta en momentos de estancamiento terapéutico crónico: a saber, la que brinda su confianza continua de que el paciente puede cambiar, su interés por el transcurrir del tiempo, su intolerancia para las situaciones crónicas imposibles.

Creo que una actitud esencialmente analítica, reflejada en una posición de —o un movimiento continuo hacia— neutralidad técnica proporciona el fondo óptimo para un enfoque interpretativo de los pacientes límite. Tales

funciones "sostenedoras", "maternales" o "emocionalmente correctivas" como las que están implícitas en este contexto (Winnicott, 1960a; Modell, 1976) tienen un valor terapéutico importante pero por razones que son más complejas que una simple re-creación o representación compensadora de una relación normal madre-hijo (lactante).

La propuesta de Mahler (1971), de que la patología límite está relacionada específicamente con la subfase de aproximación del proceso de separación-individuación me parece que coincide con mi propuesta de que el problema con los pacientes límite no es la falta de diferenciación del sí mismo del no sí mismo sino la falta de integración de las representaciones buenas y malas del sí mismo y de los objetos. El problema principal con estos pacientes es su falta de logro de una relación amorosa satisfactoria con un objeto en el que pueda confiarse y del que se pueda depender frente a su agresión hacia él, a pesar de que se dé cuenta de las deficiencias, frustraciones provenientes de aquel objeto, y en el contexto de tolerar culpa dolorosa, interés y gratitud hacia dicho objeto amado. Aceptar la cercanía y el ser comprendido y confiar en el terapeuta requiere para el paciente la aceptación de su propia agresión y confianza de que ésta no destruirá al terapeuta o su amor por el terapeuta. Para el terapeuta poder "sostener" al paciente significa aceptar la realidad de la agresión de aquél sin ser abrumado por ella, confiar en el potencial de amor del paciente a pesar de sus dificultades actuales para expresar amor, y creer en la posibilidad de que la vida tiene algo que ofrecer al paciente no obstante sus limitaciones.

Por ejemplo, las tendencias hipocondriacas graves de un paciente disminuyeron cuando pudo experimentar la capacidad para expresar amor e interés por su esposa e hijos. El sentir que ahora era capaz de dar le hizo posible aceptar el prospecto de su futura enfermedad y muerte. Previamente, él había concebido en forma inconsciente la muerte como la condenación final, como ser devorado por su propia "naturaleza mala" en un mundo que estaba vacío y carente de amor. Otra paciente, una mujer con una personalidad narcisista cuya vida se centraba en mantener una apariencia de juventud y en disimular todas las manifestaciones del proceso de envejecimiento, pudo aceptar el "soltarse" en el sentido de lucir según su edad y aceptar el proceso de la vejez cuando su temor por su terrible envidia de las jóvenes disminuyó y cuando, a pesar de esta envidia, ella pudo demostrar interés en la gente joven que la rodeaba en su vida diaria y en su trabajo.

Para el paciente poder aceptar ser "sostenido", depender de otra persona, también significa aceptar la posibilidad de "soltarse", con el conocimiento de que todas las relaciones son limitadas e inciertas. El requisito esencial para aceptar esta posibilidad es un amortiguamiento de los temores sobre la propia agresión. El logro de esta capacidad en el tratamiento se refleja en el volverse capaz el paciente de aceptar la cercanía con el terapeuta aún con las limitaciones de tiempo de las horas del tratamiento y aceptar que el terapeuta tiene una vida propia más allá del paciente y de las sesiones con él.

He subrayado que no es suficiente para el terapeuta estar emocionalmente asequible, cálido y demostrar simpatía y tolerar la agresión sin responder en formas contraagresivas; debe en todo momento conservar una claridad intelectual, expresada en buenas razones de porque él lleva o no a

cabo ciertas intervenciones. Debe también mantener su capacidad de darse cuenta de los límites realistas de la efectividad de sus intervenciones.

El tratamiento de los pacientes límite es en general un proceso lento, incierto y repetitivo de exploración de significados, confrontación, comprobación de hipótesis interpretativas, y de trabajo elaborativo de los patrones autodestructivos del carácter más que experiencias de descubrimiento repentino o un darse cuenta catártico. Los primeros signos, por lo general débiles, de cambio en cualquier patrón rígido de carácter (como la grandiosidad maligna, narcisismo autoderrotista, masoquismo crónicamente triunfador, negación total de la realidad emocional, o la superchería autoperpetuante de la explotación antisocial) pueden ser tan breves y transitorios que cualquier esperanza originalmente desatada por estos cambios tempranos pronto se desvanece.

El logro de cambio en la constelación predominante de relaciones objetales interiorizada es un proceso largo y lento. Esta es una razón más de por qué la impaciencia por el estancamiento en cada sesión debería acompañarse de una gran paciencia ante la ausencia de cambio (en tanto que se sigue uno dando cuenta de esta ausencia) durante largo tiempo. Las manifestaciones de crecimiento en la capacidad para el amor, interés y gratitud son por lo general complejas, turbulentas, y no claras al principio; en contraste, el odio tiene a menudo una cualidad clarificadora, precisa, delimitadora. En tanto que el paciente, en el proceso de su experiencia del odio del terapeuta, puede llegar a hacerse o estar preciso, claro, excitado o aun a regocijarse, el interés del terapeuta por su paciente en ese momento puede tener un efecto confuso y hasta algo desorganizador sobre su propio pensamiento. Y sin embargo, esta confusión y turbulencia son la materia prima para la comprensión creciente del terapeuta respecto del paciente. Las etapas iniciales de "humanización" del paciente pueden tomar la forma de caos, depresión y sufrimiento. No hay modo fácil en el largo camino hacia la comprensión.

La expectativa de que nuestro conocimiento en aumento acortará el tratamiento psicológico de la patología grave del carácter y de los trastornos límite, puede representar una ilusión más sobre el proceso, técnica y resultado de la psicoterapia. Pero la posibilidad de diagnosticar los patrones principales de transferencia que reflejan los conflictos predominantes en el área de las relaciones objetales de los pacientes límite después de un periodo limitado de tratamiento parece una consecuencia realista de nuestro conocimiento cada vez mayor sobre estos pacientes. Un diagnóstico tan temprano debería capacitarnos a definir en forma más concreta, después de un periodo de psicoterapia inicial qué cambios significativos pueden esperarse en estos patrones y sus respectivas secuencias: Aquí puede existir un área para la investigación sobre el proceso y resultado de la psicoterapia intensiva.

16

Diagnóstico y tratamiento de pacientes con potencial suicida

DIAGNOSTICO

Evaluar el potencial suicida durante un estudio diagnóstico inicial es obviamente más difícil que cuando el terapeuta ya conoce al paciente. La estimación del riesgo de suicidio en pacientes a quienes se ve por primera vez en una evaluación diagnóstica debiera tomar en cuenta la gravedad clínica de la depresión, los trastornos afectivos superpuestos en la organización límite de la personalidad, y la automutilación crónica y el suicidio como un "estilo de vida".

La gravedad clínica de la depresión

La atención en el diagnóstico incluye tanto la intensidad de la ideación suicida y planes para la acción, así como el grado al que la depresión afecta a la conducta, el humor y la ideación. La gravedad de la depresión puede ser medida por el grado en el que la conducta se aminora, la ideación se retarda (y por lo tanto la concentración se afecta), y se reemplaza la tristeza con un ánimo vacío, congelado con una sensación subjetiva de despersonalización. Además, la presencia o ausencia de síntomas biológicos de depresión (reflejados en los patrones de alimentación, peso, patrones de sueño, funciones digestivas, ritmo diario del afecto depresivo, patrones de menstruación, deseo sexual, tono muscular) proporciona información crucial respecto a la gravedad de la depresión. En general, en tanto más grave la depresión clínica que acompaña la intención e ideación suicida, más agudo el peligro. En pacientes con episodios depresivos importantes que no sufren de organización límite de la personalidad, el riesgo de suicidio se marca particularmente durante la etapa de recuperación de la depresión paralizante; en pacientes límite por contraste, su impulsividad crónica amplía el riesgo de suicidio por sobre todo el episodio depresivo. El peligro es en especial ur-

gente en pacientes que muestran las tres series de indicadores (ideación e intención suicida, retardo depresivo de funciones psíquicas y rasgos biológicos de depresión) simultáneamente.

En contraste, el grado al que la conducta histriónica esté presente –la manifestación dramática de afecto en las personalidades infantiles– es menos relevante para la evaluación de la gravedad de la depresión y riesgo de suicidio. Puede haber peligro agudo de suicidio en pacientes cuya conducta dramática persuada al terapeuta a hacer a un lado la gravedad de la depresión, o cuya alegría histriónica momentánea y labilidad general en el afecto transmiten la falsa impresión de que la depresión no es grave.

Lo que me ha impresionado al evaluar el potencial suicida de los pacientes límite es la inutilidad de las racionalizaciones conscientes de los pacientes, como la expresión de "necesidades de dependencia", "desesperanza" experimentada conscientemente, pérdida de la capacidad para "confiar", suicidio como un "grito por ayuda", y diversas racionalizaciones de su depresión que estos pacientes a menudo expresan en la entrevista inicial. En la práctica clínica, la cuestión no es si un paciente tiene un sentimiento general de "desesperanza" sino sobre qué, concretamente, está él desesperanzado: ¿de recibir amor de un objeto que él experimenta en forma ambivalente? ¿De ser capaz de controlar un objeto o de llevar a cabo un acto de venganza? De igual modo, el problema no es si él es capaz de "confiar" en el terapeuta –no hay razón para esperar que un paciente confíe en nadie a quien apenas conoce– sino si él está dispuesto a comunicar honestamente algo de sí mismo sin importar cómo se siente respecto al terapeuta. Un rasgo común de todos estos problemas es la necesidad de evaluar la ganancia secundaria de la conducta suicida, lo que lleva a la valoración de suicidio como un "estilo de vida".

El mal uso de conceptos psicoanalíticos al construir las hipótesis dinámicas para evaluar el potencial suicida puede ser un factor clave para fracasar en el diagnóstico y tratamiento apropiados de pacientes límite gravemente suicidas. Los factores psicodinámicos son en verdad importantes, pero tienen que sopesarse con base en las relaciones objetales representadas actualmente con el terapeuta más que evaluarse con base en las fantasías del paciente expresadas de manera consciente.

Trastornos afectivos importantes superpuestos a la organización límite de personalidad

Los pacientes con trastorno maniaco-depresivo "bona fide", pueden presentar una organización límite de personalidad como el trasfondo caracterológico estable contra el que se desarrollan los episodios cíclicos afectivos. El diagnóstico y tratamiento clínico son más complicados con estos pacientes que con el tipo encontrado con más frecuencia, de pacientes maniaco-depresivos con organización normal o neurótica de la personalidad. Según mi experiencia, muchos pacientes con organización límite responden en forma menos satisfactoria al tratamiento psicofarmacológico para una enfermedad emocional importante, que sus contrapartes normales o neuróticas, y la distinción entre episodios psicóticos y periodos latentes de enfermedad emocional es menos claro. El peligro es grande, bajo estas circunstancias, de que el clínico subestime la gravedad de las intenciones suicidas, en particular si la historia del paciente sugiere que estas intenciones han sido crónicas y más integradas con su estructura básica de personalidad de lo que es ahora el caso. Un potencial suicida agudo y grave puede subestimarse si el paciente tiene una larga historia de trastornos de la personalidad con depresiones recurrentes sin intención suicida. Cuando la sintomatología emocional que se presenta es hipomaniaca más que depresiva, hay aún mayor peligro de pasar por alto el potencial suicida ligado a un cambio repentino hacia una fase depresiva.

La automutilación crónica y el suicidio como un "estilo de vida"

El diagnóstico del DSM-III del trastorno límite de la personalidad subraya las tendencias crónicamente suicidas y automutilantes como características principales de estos pacientes. Clínicamente, se encuentran estas tendencias en pacientes con personalidad infantil, narcisista funcionando en un nivel límite abierto, personalidades "como si", y otros pacientes con organización límite de personalidad cuya característica principal es la seudología fantástica. Por último, algunos pacientes atípicos, crónicamente psicóticos, pueden mimetizar a este tipo de pacientes límite. Para fines prácticos, es útil evaluar a todos estos pacientes en forma descriptiva y psicodinámica (o sea, en términos de las funciones de las operaciones defensivas y relaciones objetales primitivas que dominan en la transferencia). Esta evaluación combinada permite la distinción de varios subgrupos.

1. Una constelación frecuente es la presencia de conducta automutilante crónica en pacientes con personalidad predominantemente infantil y organización límite de personalidad, el tipo que corresponde muy íntimamente al diagnóstico descriptivo del trastorno límite de personalidad en el DSM-III. Clínicamente, la conducta automutilante y/o los gestos suicidas surgen en momentos de ataques de rabia intensa o rabia mezclada con brotes temporales de depresión. A menudo una exploración adicional, muestra que estos gestos están destinados a establecer o reestablecer control sobre el entorno al evocar sentimientos de culpa en los demás –cuando, por ejemplo, se rompe una relación con una pareja sexual o cuando los padres se oponen fuertemente a los deseos del paciente. Otras veces, la conducta suicida o automutilante puede ser una expresión de culpa inconsciente por el éxito, o por la profundización de una relación psicoterapéutica –siendo esta última un tipo relativamente benigno de reacción terapéutica negativa. Los pacientes con una historia de reacción terapéutica negativa que tienen rasgos infantiles combinados con características depresivo-masoquistas corren en particular el riesgo de intentos suicidas.

2. Un tipo de conducta mucho más grave de automutilación crónica, ligado con frecuencia a tendencias suicidas, es una expresión de lo que yo llamo *narcisismo maligno* (ver capítulo 19). Este fenómeno se encuentra en pacientes con organización límite y una estructura de personalidad predominantemente narcisista funcionando en un nivel límite abierto –es decir, con una falta general de control de impulsos, tolerancia a la ansiedad

y canalización sublimatoria. Estos pacientes tienen estilos de vida que son tan caóticos como el de la personalidad infantil, con la que son confundidos con frecuencia. Sin embargo, en contraste con la dependencia intensa y conducta de aferramiento de las personalidades infantiles (o, hablando más en general, de pacientes límite sin narcisismo patológico), estos pacientes básicamente se mantienen apartados y no involucrados con los demás; sus ataques de rabia y/o depresión ocurren cuando su grandiosidad patológica es desafiada y experimentan una sensación traumática de humillación o derrota.

El *narcisismo maligno* se refiere a pacientes que presentan una infiltración de agresión en el sí mismo grandioso patológico que caracteriza a la personalidad narcisista. En contraste con el tipo ordinario de personalidad narcisista, estos pacientes experimentan una autoestima y confirmación de su grandiosidad aumentadas cuando pueden expresar la agresión hacia sí mismos o los demás. El placer en la crueldad, las perversiones sexuales sádicas, y la automutilación experimentada como placentera, son parte de este cuadro. La sensación que transmiten estos pacientes de ser capaces de dañarse o hasta matarse tranquilamente, en contraste con el temor y desesperación y los esfuerzos "suplicantes" de sus parientes o del personal a cargo, por mantenerlos vivos y conservar sus contactos humanos, ilustra una distorsión dramática de la gratificación para la autoestima. La grandiosidad de los pacientes es satisfecha por su sentimiento de triunfo sobre el temor al dolor y a la muerte y a un nivel inconsciente, por su sensación de tener control sobre la muerte. Algunos pacientes con anorexia nerviosa pertenecen a este subtipo.

Ambos tipos de pacientes recién descritos pueden además presentar abuso crónico de drogas, alcoholismo o ambos. Bajo estas circunstancias, los riesgos de suicidio aumentan y el pronóstico es aún menos favorable, en especial para pacientes con narcisismo maligno. Si estos pacientes también presentan rasgos antisociales (típicamente, deshonestidad respecto a su uso de drogas o alcohol), el riesgo de suicidio se amplía aún más. Los pacientes que demuestran en forma simultánea impulsividad general, deshonestidad, tendencias automutilantes crónicas, abuso de alcohol y/o drogas, y una profunda frialdad interpersonal o inasequibilidad emocional, pueden desarrollar conducta suicida en cualquier momento; el riesgo no puede ser valorado precisamente en ningún punto específico. Este hecho tiene que aceptarse como un peligro congénito en cualquier labor de tratamiento.

En mi experiencia, las dos causas de suicidio más frecuentes por parte de pacientes psiquiátricos hospitalizados, son el control insuficiente sobre la vida del paciente durante el tratamiento de pacientes con esta combinación desastrosa de síntomas, y el dar de alta en forma prematura a pacientes deprimidos psicóticamente que están, clínicamente, en mejoría.

3. Un tercer tipo de automutilación crónica y conducta suicida relacionada, está presente en ciertos trastornos atípicos, crónicamente psicóticos que imitan los trastornos límite. Como ejemplo, algunos pacientes esquizofrénicos crónicos (la verdadera "esquizofrenia seudoneurótica"), otros con trastorno esquizoafectivo crónico, y algunos con psicosis paranoides crónicas que presentan una estructura de personalidad mucho mejor

integrada de lo que es verdad en la mayoría de los casos de esquizofrenia paranoide. Estos pacientes a menudo no satisfacen los criterios para el trastorno psicótico en una base puramente descriptiva. Sólo un diagnóstico estructural (ver capítulos 1 y 2) revela pérdida de la prueba de realidad. Estos son pacientes con organización de personalidad esencialmente psicótica cuyas depresiones intermitentes pueden adquirir rasgos psicóticos con ideas depresivas sobrevaluadas o hasta delirantes. Cuando estos pacientes no están en un episodio depresivo se encuentran retraídos y reservados socialmente en las interacciones terapéuticas. Con frecuencia revelan una historia de intentos de suicidio atrevidos, marcados por grados de crueldad insólitos o rasgos altamente idiosincrásicos (correspondientes a sus fantasías autistas sobre transformaciones corporales o psicológicas). También se puede incluir aquí, a aquellos pacientes que intentan el suicidio bajo el efecto de delirios persecutorios o demandas alucinatorias. De hecho, he visto varios pacientes que abrigan delirios de que están condenados a morir o tienen órdenes de matarse. Estos delirios pueden alargarse por años dentro de un contexto de depresión, apartamiento esquizoide o rasgos paranoides de personalidad.

TRATAMIENTO CLINICO

La primera área de interés es la gravedad de la depresión, que, superpuesta a la organización límite de la personalidad, pueda implicar un riesgo de suicidio. En mi opinión, los pacientes con organización límite de la personalidad y un trastorno emocional importante superpuesto que presentan ideación suicida requieren hospitalización inmediata, tratamiento psicofarmacológico para el trastorno emocional, y, si hay una historia de falta de respuesta al tratamiento psicofarmacológico o un potencial suicida seriamente agudo, tratamiento electroconvulsivo. Los pacientes que presentan una historia de intentos de suicidio atrevidos, organización psicótica de la personalidad, o un síndrome psicótico en el presente (ya sea esquizofrénico, esquizoafectivo o paranoide) e ideación suicida, requieren cuando menos hospitalización para diagnóstico y tratamiento intensivo del síndrome psicótico. Es obvio que si estos pacientes también presentan falta de honestidad en sus comunicaciones con el terapeuta, tienen que considerarse como riesgo de suicidio altos. En todos los casos, el tratamiento del síndrome psicótico tiene precedencia sobre el tratamiento del trastorno subyacente de la personalidad. En la práctica esto implica por lo general, tratamiento psicofarmacológico, cuando menos hospitalización breve, posible tratamiento electroconvulsivo, y una organización cuidadosa de la historia psiquiátrica previa del paciente en preparación, para la evaluación del riesgo de suicidio a largo plazo una vez que la psicosis aguda se ha resuelto.

La combinación de impulsividad crónica en un paciente límite con el potencial agudo para un intento de suicidio, en un episodio maniaco y/o depresivo dificultoso requiere hospitalización, aun si la historia pasada del paciente es bien conocida y al parecer reafirmante y él ha logrado establecer una relación psicoterapéutica con un psiquiatra evaluador. Quizá el periodo

más peligroso del tratamiento de tales pacientes es cuando se están recuperando de una grave depresión psicótica aguda. Los intentos de suicidio en todo caso, es más probable que ocurran en esta etapa y, en estos casos las intenciones suicidas se empañan por la reaparición de la usual patología grave del carácter del paciente. Dar de alta en forma prematura a pacientes deprimidos a causa de su dramática mejoría sintomática aparente y su negación enfática de intenciones suicidas, es un factor importante que alienta al suicidio después de su salida. Esta práctica es probable que se haya vuelto más frecuente dada la combinación de presiones económicas, burocráticas e ideológicas para dar de alta en forma más rápida de los hospitales psiquiátricos a los pacientes.

Puede plantearse la cuestión de tratamiento interno o externo en pacientes con organización límite que no presentan un trastorno emocional importante o algún otro síndrome psicótico, y donde la intención de suicidio y el humor depresivo no se acompañen de síntomas biológicos de depresión o retardamiento de la conducta, contenido del pensamiento o humor —en otras palabras, donde la depresión misma no aparece como clínicamente grave. Una variable muy importante es la presencia de rasgos antisociales, en particular cualquier evidencia de deshonestidad respecto a lo que el paciente dice de sí mismo. Si la historia pasada muestra que ha retenido información con otros psiquiatras o psicoterapeutas, en especial respecto a intentos de suicidio, alcoholismo o abuso de drogas, es preferible suponer que la información del paciente no puede considerarse confiable tampoco en el presente y que es mejor hospitalizarlo para una evaluación más cuidadosa de su conducta y potencial suicida presentes.

Los pacientes que muestran falta de interés en ellos mismos y una actitud indiferente, despectiva o halagadora hacia el diagnosticador en tanto que simultáneamente presentan evidencia de conducta suicida, deberán considerarse como potencialmente deshonestos y, por tanto, con un riesgo de suicidio alto. Confrontar discretamente al paciente con la discrepancia entre su conducta suicida y su aparente falta de interés sobre dicha conducta, puede clarificar el grado al que son responsables los mecanismos de escisión y negación, contrapuestos a la manipulación consciente y a la deshonestidad. La rabia de un paciente cuando se le confronta con aspectos contradictorios de su conducta dará al que diagnostica algo de base para evaluar el potencial suicida; un paciente que es evasivo y reservado no permite una evaluación profunda de su realidad psíquica. En todos los casos, el que diagnostica tiene que evaluar no sólo las comunicaciones verbales del paciente sino su conducta total. Esta observación pudiera parecer superflua si no se observara con tanta frecuencia una tendencia peligrosa de los que diagnostican, a subestimar las muchas formas que pueden revestir la agresión humana y la agresión contra el sí mismo.

Los pacientes con rasgos infantiles y masoquistas que no presentan drogadicción o alcoholismo, cuya actitud es de dependencia y aferramiento y no reservada o retraída, y cuya comunicación honesta sobre sí mismos se combina con la expresión de interés por su propia enfermedad, pueden tratarse en forma tentativa como pacientes externos si pueden convencer al psiquiatra examinador de su compromiso a no actuar sus impulsos suicidas o a comunicarse con él de inmediato si llegaran a sentir que no pueden controlar estos deseos, de modo que pueda iniciarse su hospitalización. Sin embargo, no es conveniente confiar en un convenio así con pacientes cuyas intenciones suicidas o conducta igual surgen en el curso de un tratamiento psicoterapéutico intensivo adecuado y que dan evidencia del desarrollo de una reacción terapéutica negativa crónica. Es preferible hacer iniciar a estos pacientes una nueva relación psicoterapéutica en el hospital con un terapeuta diferente. Obviamente, si la historia pasada indica que el paciente ha sido capaz de responder de manera positiva al tratamiento psicoterapéutico, se refuerza la posibilidad de iniciar el tratamiento como paciente externo.

En todos los casos, si el que diagnostica está convencido que el paciente se está comunicando honestamente con él, con base en la evidencia sólida de la historia pasada del paciente y en su interacción presente, es probable que sea más precisa su estimación día a día respecto del potencial suicida del paciente.

Si lo indicado es la hospitalización pero el paciente se rehúsa a aceptarla, la responsabilidad del psiquiatra incluye la movilización de todos los recursos sociales y legales para permitir el inicio del tratamiento bajo condiciones óptimas. Bajo ninguna circunstancia el psiquiatra deberá llevar a cabo un tratamiento bajo condiciones que aumenten el peligro de suicidio. Aquí la tendencia inconsciente a "jugar a Dios", es la contrapartida de una peligrosa ingenuidad en descuidar la gravedad de las tendencias destructivas en el paciente y su familia. Un factor frecuente que puede precipitar el suicidio en pacientes límite en tratamiento externo es, desgraciadamente, la avenencia del terapeuta a tratar a estos pacientes en circunstancias menos que óptimas —por ejemplo, permitirles rechazar ciertos aspectos del tratamiento (medicación, cuidado diurno, involucración de la familia y así sucesivamente) o aceptar su falta de asistencia regular a las sesiones, o falta de comunicación abierta.

La discusión consistente, directa, del potencial suicida crónico del paciente es un aspecto clave del tratamiento hospitalario de todos los pacientes límite con estas características suicidas crónicas. He asentado previamente, que es un error clásico dar de alta en forma prematura a pacientes con un trastorno emocional importante cuando su mejoría clínica de la depresión, aumenta su riesgo suicida. Un error por igual devastador y frecuente, desafortunadamente, es el esfuerzo por parte del personal del hospital por hacer participar a los pacientes límite en interacciones agradables y gratificantes mientras que ignoran o niegan la gravedad de sus conductas malignas, manipuladoras, deshonestas. No puede hacerse suficiente énfasis sobre el peligro de reforzar los mecanismos de escisión al tratar todas estas señales de advertencia como episodios aislados y el poner atención a los aspectos "positivos" de las interacciones de los pacientes.

La confrontación consistente de los patrones de conducta contradictoria del paciente, una atención fija sobre su falta de interés en sí mismo, sobre cómo sabotea las relaciones potencialmente útiles con los demás, sobre su falta de colaboración con los esfuerzos del tratamiento, todo esto tiende a crear una tensión inmediata, confusión, y la expresión abierta de la agresión en el área interpersonal del paciente en el hospital. Sin embargo, de

igual modo puede diagnosticarse mejor la capacidad del paciente para responsabilizarse de sí mismo, para colaborar en forma honesta con los esfuerzos psicoterapéuticos, bajo circunstancias de comunicaciones abiertas y directas –si bien, también desafiantes y enojadas– y pueden desarrollarse con más facilidad planes realistas para después de dársele de alta. En contraste, una atmósfera de cordialidad superficial y de negación subyacente de las dificultades del paciente, a menudo resulta en una conducta autodestructiva renovada, automutilante o suicida, una vez que el paciente ha dejado el hospital.

En muchos casos, la gravedad del potencial autodestructivo crónico del paciente, no puede reducirse en forma significativa ni siquiera durante los periodos de hospitalización largos. A veces, la aceptación de un riesgo crónico de suicidio es el precio del tratamiento como paciente externo, y se espera que esto desafiará al paciente a un estilo de vida más productivo y a una relación psicoterapéutica en el contexto del mundo real, a diferencia del entorno artificialmente protector del hospital. ¿Qué puede hacerse para reducir los riesgos de suicidio del paciente bajo tales circunstancias?

Antes que nada, las ganancias secundarias de la conducta suicida tienen que diagnosticarse y controlarse. Deberán interpretarse y ponerse bajo control las amenazas y conducta suicidas crónicas que reflejan el "acting out" de tendencias sádicas disociadas hacia la familia del paciente, lo que le permite dominar a la familia y combinar la ganancia primaria y secundaria de la enfermedad. El trabajo con la familia del paciente puede volverse una parte crucial del tratamiento. Es importante para los pacientes aprender que sus amenazas de suicidio no tienen poder sobre el terapeuta.

El debe trasmitir al paciente que se sentiría triste pero no responsable si el paciente se matara y que su vida no se afectaría en forma significativa por tal suceso. El terapeuta crea así una base sana para una nueva relación objetal, distinta a aquéllas que el paciente ha tenido con su familia.

Segundo, el terapeuta deberá decirle a la familia del paciente que éste está crónicamente apto para cometer suicidio, indicándoles que el paciente sufre de lo que podría describirse como un cáncer psicológico del que podría morir en cualquier momento. El terapeuta deberá decirles a todos aquellos interesados que él está dispuesto a comprometerse en un esfuerzo psicoterapéutico para ayudar al paciente a vencer esta enfermedad, pero él no debe asegurar con firmeza que tendrá éxito ni garantizar la protección contra el suicidio durante el largo periodo del tratamiento. Esta definición realista del tratamiento puede ser una manera de lo más efectiva para proteger la relación psicoterapéutica del involucramiento destructivo de otros miembros de la familia, y de los esfuerzos del paciente por controlar la terapia al inducir en el terapeuta una "contratransferencia indirecta" (Racker, 1968), caracterizada por sentimientos de culpa y temores paranoides respecto a terceras personas.

Tercero, con pacientes que representan potencial suicida o automutilante crónicos, dicho potencial debe explorarse consistentemente y entretejido en el análisis de todas las interacciones con el terapeuta. Es difícil hacer justicia plena a esta recomendación técnica sin ofrecer material clínico detallado. Para propósitos prácticos, trabajar con este potencial suicida crónico

se vuelve un aspecto esencial de la técnica psicoterapéutica, un elemento siempre presente en las interpretaciones del material por parte del terapeuta.

Cuarto, es importante que el terapeuta que trata a pacientes límite con potencial suicida crónico en un contexto de tratamiento externo, no acepte arreglos imposibles para dicho tratamiento que requieran esfuerzos insólitos o medidas heroicas de su parte. A la larga, cada vez que se demanda más del terapeuta de lo que sería razonable en el tratamiento promedio, el resultado final es un reforzamiento del potencial autodestructivo del paciente. A veces, aun los psicoterapeutas y el personal del hospital pueden en forma gradual desarrollar el deseo inconsciente (y aun consciente) de que el paciente imposible "desapareciera", representando así en la contratransferencia los propios deseos de muerte del paciente, y los deseos de muerte de su familia hacia él. En esta coyuntura, la ingenuidad respecto al potencial suicida de un paciente no es poco frecuente que vaya al parejo con la ingenuidad a la actitud de la familia hacia el paciente –específicamente, sus deseos de muerte hacia el que consideran un miembro imposible de la familia. A menudo, el personal del hospital es confrontado por una familia que ha hecho intentos vigorosos por obtener que den de alta a un paciente que es fuertemente suicida, bajo promesa de transferirlo a otro escenario psicoterapéutico, sólo para darle entonces "inocentemente" al paciente el tiempo y lugar para que se mate. La mejor forma de contrarrestar los deseos de muerte del paciente es tomarlos muy en serio y considerar la contaminación que traen al entorno inmediato del mismo.

Como enfatizo en otra parte (ver capítulo 19), la aceptación del terapeuta de la posibilidad de fracasar con un paciente es un elemento esencial en el tratamiento de pacientes con narcisismo maligno y potencial suicida grave. También necesita explorarse y resolverse en el tratamiento la fantasía inconsciente o consciente de que el terapeuta quiere en forma desesperada que el paciente permanezca vivo y de que este último, por lo tanto, tiene poder sobre el terapeuta, así como sobre la vida y la muerte.

Cada intento o consumación de suicidio implica la activación de una agresión intensa no sólo dentro del paciente sino dentro de su campo interpersonal inmediato. El psicoterapeuta que parece reaccionar sólo con dolor y preocupación ante el paciente suicida está negando su propia contraagresión y haciendo el juego a la dinámica del paciente. El terapeuta debe ser capaz de empatizar con las tentaciones suicidas del paciente, con su anhelo de paz, con su excitación de agresión autodirigida, con su placer de vengarse contra los demás significantes, con su deseo de escapar de la culpa, y con la sensación exhilarante de poder implicada en los impulsos suicidas. Sólo ese tipo de empatía por parte del terapeuta puede permitir al paciente explorar estos problemas abiertamente en el tratamiento.

Cualquier relación psicoterapéutica que se alarga por muchos meses bajo condiciones no realistas, sin comunicación honesta y responsabilidades claramente delimitadas y aceptadas por parte de ambos participantes, puede también estar jugando una parte en el potencial suicida del paciente. Hay ocasiones en las que un psicoterapeuta, reconociendo la imposibilidad de la situación del tratamiento, tiene el valor de terminarlo, aun si el paciente usa la amenaza de suicidio para tratar de mantener viva una relación sado-

masoquista. Tal terminación del tratamiento deberá corresponder no a un "acting out" impulsivo de la contratransferencia sino a un plan bien meditado que quizá tenga que incluir un hospitalización temporal en tanto que el psicoterapeuta se autolibera del compromiso del tratamiento, amplio trabajo con la familia, y/o largas consultas por parte del terapeuta con un colega de experiencia. La mejor forma de ayudar a algunos pacientes es que el terapeuta reconozca en forma honesta que quizá él no sea capaz de ayudarlos, que quizá los ayude mejor un colega, o que no se les puede ayudar en absoluto en esta etapa de nuestro conocimiento y recursos terapéuticos.

17

Contratransferencia, regresión en la transferencia, y la incapacidad para depender

DIMENSIONES DE LA CONTRATRANSFERENCIA

La relación entre la contratransferencia y la personalidad del psicoanalista puede considerarse según tres dimensiones conceptuales cuando menos. La primera es la que yo llamo dimensión espacial, o de "campo", y se refiere a lo que en realidad se incluye bajo el término *contratransferencia.* Pienso en este campo como una serie de círculos concéntricos, los interiores representando los conceptos estrictos de la contratransferencia, los exteriores los más amplios. La dimensión temporal diferencia las reacciones de contratransferencia agudas de las "permanentes" a largo plazo. Una tercer dimensión se representa por la gravedad de la enfermedad del paciente.

El "campo" de la contratransferencia

La *contratransferencia* definida estrictamente, como es lo prevalente dentro de la psicología del yo, es la reacción inconsciente del analista hacia el paciente (Little, 1951; Reich, 1951). Podemos restringir más el término a la reacción inconsciente del analista hacia la transferencia del paciente (Kernberg, 1975). Este concepto está de acuerdo con el significado original de *contratransferencia* en la literatura psicoanalítica y permite en forma adecuada partes "inexpugnables" en la comprensión del material del paciente derivadas de los conflictos neuróticos no resueltos del analista.

Un segundo círculo, más amplio, que comprende al primero, amplía el concepto a las reacciones totales conscientes e inconscientes del analista hacia el paciente. Este concepto incluye las respuestas emocionales apropiadas del analista a las transferencias del paciente y a la realidad de la vida del

mismo y los efectos emocionales en la situación del tratamiento determinados por la propia realidad del analista en cuanto ésta puede ser afectada por el paciente. La justificación para este concepto más amplio de contratransferencia se deriva de los efectos sobre el tratamiento de las transferencias profundamente regresivas de los pacientes límite, el "acting out" que caracteriza la patología grave del carácter en general, y la destructividad inconsciente (y consciente) de algunos pacientes límite narcisistas y paranoides narcisistas, que puede amenazar no sólo al tratamiento sino la vida del paciente –y aun la del analista.

Un círculo aún más amplio incluye, además de las dos mencionadas, la reacción específica habitual de cualquier analista en particular a varios tipos de pacientes, una reacción que incluye disposiciones y manifestaciones de contratransferencia según se definen y los rasgos generales de personalidad del analista. Ciertos rasgos de personalidad pueden activarse en ciertas situaciones de tratamiento, con funciones defensivas y adaptativas en respuesta a ataques violentos en la transferencia.

Mucha de la controversia aparente respecto al manejo de la contratransferencia se deriva de las diferentes formas en las que se ha definido. Una definición amplia que incluya el campo espacial completo de los fenómenos de contratransferencia puede resolver el problema si bien, diferenciando con claridad los componentes de este campo.

La dimensión temporal

Con base en el tiempo pueden distinguirse tres tipos de reacciones de contratransferencia. Primero, están las agudas o efímeras, que, según como se define la contratransferencia, pueden determinarse sólo por la transferencia del paciente o por la interacción total paciente/analista.

En seguida están las distorsiones de larga duración de la transferencia: distorsiones sutiles, graduales y en expansión insidiosa de la actitud del analista hacia el paciente después de un largo periodo. Como señaló Tower (1956), a menudo éstas se reconocen sólo retrospectivamente. Por lo general, ocurren al trabajar con un patrón particular de transferencia, en especial en las etapas iniciales del tratamiento, cuando la resistencia lo intensifica. La resolución de ese patrón de transferencia por la interpretación puede iluminar la distorsión crónica de la contratransferencia, que ahora desaparece, junto con el cambio en la transferencia. El analista puede ponerse alerta a estas reacciones de contratransferencia a largo plazo comparando la reacción "especial" que un paciente determinado evoca en él con sus reacciones a otros pacientes.

Por último, una reacción todavía más extendida de la contratransferencia es la "contratransferencia permanente" descrita por Reich (1951), la que ella cree (y yo convengo) refleja la patología de carácter del analista. Apenas es necesario decir que la personalidad del analista juega un papel en cualquier análisis. Su posición de neutralidad técnica no significa que el paciente no pueda distinguir y reconocer muchos aspectos de la apariencia, conducta, actitudes y reacciones afectivas reales del analista. De hecho, pudiéramos decir que los pacientes tejen los hilos de su transferencia sobre las protuberancias de la personalidad del analista.

Si bien estos aspectos reales del analista se prestan a la racionalización de los desarrollos de transferencia, no niegan el origen en el pasado de la transferencia del paciente, y no corresponden necesariamente a la patología de carácter del analista. Los pacientes rápidamente se hacen expertos en detectar las características de personalidad del analista, y las reacciones de transferencia a menudo surgen primero en este contexto. Pero concluir que todas las reacciones de transferencia son en el fondo, cuando menos en parte, reacciones inconscientes o conscientes a la realidad del analista es malentender la naturaleza de la transferencia. Esta es el aspecto inapropiado de la reacción del paciente hacia el analista. El análisis de la transferencia puede comenzar al "dejar abierta" el analista la realidad de las observaciones del paciente y al explorar por qué algunas observaciones particulares son importantes en algún momento particular.

Si el analista se da cuenta de rasgos realistas de su personalidad y es capaz de aceptarlos sin defensividad o negación narcisistas, su actitud emocional le permitirá transmitir al paciente: "Así que, si usted está respondiendo a algo en mí, ¿cómo podemos entender la intensidad de su reacción?". Pero la patología de carácter del analista puede ser tal que la reacción de transferencia del paciente hacia él dé como resultado la erosión de la neutralidad técnica. Cuando el analista es incapaz de discriminar entre las percepciones realistas y las no realistas del paciente respecto de él, entonces está en operación la contratransferencia.

La contratransferencia y la gravedad de la patología del paciente

He descrito en trabajos anteriores (1975), un "continuum" de reacciones de contratransferencia, que van desde respuestas al paciente típico en análisis que establece una neurosis de transferencia bien diferenciada, hasta reacciones a un paciente psicótico con transferencia psicótica. Las reacciones de contratransferencia a los trastornos límite y al narcisismo patológico ocupan una posición intermedia en este continuum. En tanto más regresión tenga el paciente, más obliga al analista a reactivar rasgos regresivos en sí mismo para conservarse en contacto con el paciente. Esto trae a primer término la personalidad total del analista. En tanto más regresión del paciente, más infiltrados sus conflictos patogénicos característicos por la agresión primitiva, expresada en la transferencia como ataques directos o indirectos sobre el analista. Estos ataques activan una respuesta emocional en el analista que refleja, según señalaba Winnicott (1949), su reacción no sólo a la transferencia sino también a la relación total paciente/analista. Bajo tales circunstancias, el concepto más amplio de contratransferencia se vuelve operacional. En tanto más regresión del paciente, más globales serán las reacciones emocionales del analista.

Las reacciones globales del analista, entonces, incluyen no sólo disposiciones de contratransferencia en un sentido restringido sino también lo que Racker (1957), llama "identificaciones complementarias" con las representaciones objetales del paciente activadas y proyectadas. Se enriquece así la comprensión del analista sobre las relaciones objetales interiorizadas actuadas inconscientemente en la transferencia. Sin embargo, en contraste con

Racker, yo subrayaría que en una posición de contratransferencia complementaria, el analista puede identificarse no sólo con los "objetos internos" del paciente sino con sus representaciones del sí mismo proyectadas, en tanto que el paciente representa sus identificaciones con una representación objetal interiorizada.

La activación en la situación psicoanalítica de una relación objetal primitiva interiorizada dentro de la que paciente y analista mantienen su reciprocidad pero intercambian sus papeles repetidamente (identificándose en forma alternativa con representaciones del sí mismo y de los objetos) tiene funciones diagnósticas y terapéuticas fundamentales. Para utilizar estos desarrollos en forma terapéutica, el analista debe mantener límites analíticos estrictos para controlar el "acting out" y preservar su libertad interna para fantasear ("ensueño") de modo que diagnostique los aspectos proyectados de las relaciones objetales del paciente. El analista debe también separar en forma continua este material proyectado de sus propias disposiciones de contratransferencia (en un sentido restringido) y transformar su introspección en interpretaciones de transferencia que preserven una cualidad atemporal hasta que el material confirmatorio permita su ubicación genética. En otras palabras, la tolerancia del analista a las distorsiones de su experiencia intrapsíquica bajo el impacto de la regresión de transferencia en el paciente puede volverse empatía con lo que el paciente no puede tolerar dentro de él mismo. La empatía puede en forma eventual generar conocimiento crucial para interpretaciones de la transferencia.

Grinberg (1979), ha propuesto diferenciar la contratransferencia complementaria del analista, derivada de la activación en él de relaciones objetales internas pasadas bajo la influencia de la transferencia del paciente, de la "contraidentificación proyectiva", cuando esta activación se origina casi por completo de la transferencia del paciente. Esta distinción que se propone enriquece el análisis de las reacciones de contratransferencia. En la práctica hay siempre una relación complementaria entre el mundo interno del paciente y el del analista activado en los desarrollos de contratransferencia.

Al aumentar la gravedad del trastorno del paciente, su expresión de la realidad emocional adopta formas no verbales, incluyendo comunicaciones conductuales que pueden incluir esfuerzos sutiles o burdos para ejercer control sobre el analista. Estos esfuerzos pueden ser tan extremos como para amenazar los límites de la situación psicoanalítica (un fenómeno examinado con más amplitud en la sección siguiente). Sin embargo, tales desarrollos no deben conducir al error frecuente de ampliar el concepto de contratransferencia hasta incluir todos los problemas que tiene el analista en el manejo de pacientes difíciles. Los errores debidos a falta de experiencia o conocimiento son sólo eso, no son contratransferencia.

LA CONTRATRANSFERENCIA Y LA REGRESION EN LA TRANSFERENCIA

En vista de las dimensiones según las cuáles puede clasificarse la contratransferencia y sus conexiones con la personalidad del analista, creo que hay una

ventaja en mantener un concepto amplio de la contratransferencia. Ligar la reacción inconsciente del analista a la transferencia con su reacción emocional total al paciente, hace posible diagnosticar cómo la transferencia del paciente lleva a distorsiones en la situación psicoanalítica y también a evaluar las reacciones emocionales realistas del analista y su contratransferencia en un sentido más restringido.

Bajo circunstancias ordinarias la patología de carácter o restricciones de personalidad del analista deben tener poco o ningún efecto. Pero con pacientes gravemente patológicos cuya agresión primitiva intensa se infiltra en la transferencia, la personalidad del analista se someterá a reacciones de contratransferencia en un sentido amplio, lo que puede resultar en la activación de sus rasgos patológicos de carácter. En especial cuando el tratamiento está estancado, y en presencia de reacciones terapéuticas negativas graves, las reacciones emocionales más amplias del analista pueden depender de sus características de personalidad.

Quizá el aspecto más vulnerable de la personalidad del terapeuta bajo tales condiciones extremas sea su creatividad como psicoanalista. Por creatividad, quiero decir la capacidad para transformar en forma imaginativa el material del paciente en una formulación dinámica amplia, en una fantasía central organizadora o en una experiencia particular que en forma vívida y concreta ilumine todo el material en modos nuevos. La creatividad psicoanalítica está íntimamente relacionada con el interés por el paciente y con el mantener el estado de darse cuenta de las cualidades positivas del mismo frente a su agresión incansable. Una de las fuentes de esta creatividad es la capacidad del analista para sublimar su agresión vía los aspectos clarificadores, "penetrantes", de la técnica analítica. El interés, como ha señalado Winnicott (1963), tiene profundas raíces en el deseo de deshacer la agresión al brindar amor a un objeto significante. Es obvio que la creatividad del analista también expresa los aspectos sublimatorios de su carga libidinal en el paciente. No es más que natural que la agresión del paciente se dirija precisamente a esta creatividad. El paciente narcisista orienta en particular su envidia hacia esta creatividad analítica, fuente de lo que él está recibiendo del analista.

Cuando el analista se enfrenta con el esfuerzo del paciente por denigrar, neutralizar, y por lo general destruir su equipo técnico, autorrespeto y seguridad personal, su confianza en su capacidad para contrarrestar estas tendencias con tolerancia, comprensión y trabajo interpretativo creativo –sin negar la gravedad de la agresión en la transferencia– le permite continuar trabajando con el paciente y así continuar siendo un objeto bueno para el paciente a pesar de la agresión dirigida hacia él.

Pero el interés por el paciente, en especial en momentos de "acting out" violento de la transferencia negativa, también hace más vulnerable al analista. Su intención de mantenerse en contacto con el "sí mismo bueno" de un paciente en tanto que es censurado por sus comentarios y silencios, y de mantener no sólo el respeto hacia el paciente sino el darse cuenta de los aspectos amables y amorosos de su personalidad, requiere que él esté emocionalmente abierto al paciente. Esto, por supuesto, expone aún más al analista a la embestida de la agresión del paciente. El retraimiento defensivo

ante el ataque, la afirmación precisa de los límites sociales que nos protegen de asaltos sádicos bajo circunstancias sociales ordinarias, se reduce en forma deliberada en la situación analítica, una circunstancia que puede tentar al paciente a una irracionalidad y demanda extremas.

De igual manera, la amenaza de una culpa insoportable forza al paciente a recurrir más y más a mecanismos proyectivos primitivos para justificar su agresión; y la proyección primitiva, en particular la identificación proyectiva, es un arma interpersonal poderosa que "descarga" agresión sobre el analista. El paciente puede provocar al analista a la contraagresión y entonces, en forma triunfante, utilizar este desarrollo como una racionalización de su propia agresión. Al tratar pacientes límite o con grave patología del carácter, hay veces en que las fantasías paranoides respecto a estos pacientes pueden invadir el tiempo libre del analista en formas casi misteriosas, ilustrando la inversión de las fantasías persecutorias en la transferencia. Por último, ya que el analista representa el sí mismo bueno, débil, frágil, sumergido del paciente, éste puede proyectar sus representaciones del sí mismo buenas o idealizadas sobre el analista, casi por "salvaguardarse", y sin embargo, necesitar atacarlas bajo los efectos de la agresión y envidia, originalmente dirigidas a sí mismo. Racker (1968), subrayó el alto riesgo, en tales circunstancias, de que el paciente tenga éxito en reforzar cualesquiera rasgos masoquistas que el analista pueda todavía conservar.

A la larga, los pacientes con regresión crónica y agresión primitiva graves prevalentes en la transferencia, o pacientes con reacciones terapéuticas negativas graves reflejadas en el hecho de "estropear" en forma consistente el trabajo del analista y la disposición positiva de éste hacia ellas, necesariamente activan las defensas narcisistas normales del analista, encaminadas a proteger su creatividad y autoestima. Esto puede ahora complicar sus reacciones agudas de contratransferencia. Así también, la capacidad del analista para sublimar, que protege y preserva su creatividad y autoestima frente a la agresión, puede volverse crucial para delimitar, localizar, y mantener dentro de límites razonables cualesquiera reacciones de contratransferencia que él desarrolle.

LA CONTRATRANSFERENCIA Y LA INCAPACIDAD PARA DEPENDER DEL ANALISTA

Aunque parezca raro, las situaciones clínicas recién descritas pueden producirse cuando hay una regresión de transferencia mínima y una ausencia casi total de agresión en la misma. Estoy pensando en ciertos pacientes que tienen una incapacidad crónica para depender del analista. Estos, presentan resistencias a la transferencia sutiles, omnipresentes y altamente efectivas contra el hecho de ser dependientes del analista y contra la regresión relacionada en la transferencia en general.

Características clínicas

En la superficie, estos pacientes transmiten la impresión de que son incapaces de establecer una relación de transferencia; parecen estar presentando

una "resistencia contra la transferencia". Sin embargo, esta resistencia es parte de un patrón complejo de transferencia que refleja un subtipo particular de patología narcisista del carácter. Ya que el término *dependencia* es vago y ambiguo, este patrón requiere mayor clarificación.

No me refiero a pacientes que presentan resistencia crónica o aguda a "depender" del analista porque tienen miedo de someterse a una imagen paternal temida o tienen miedo a deseos heterosexuales u homosexuales o formaciones reactivas contra necesidades orales pasivas y contra la intensa ambivalencia de muchas fuentes. Me refiero, más bien, a pacientes que desde el principio del tratamiento, establecen una relación notablemente estable hacia el analista caracterizada por la dificultad para hablarle en realidad sobre *ellos mismos.* Le hablan al analista para influir en él o se hablan a sí mismos sobre sí mismos, dejando al analista con la sensación clara de que él ha sido eliminado de su campo del darse cuenta.

Estos pacientes tienen gran dificultad para escuchar al analista como un estímulo para mayor autoexploración. Tienen una manera de escuchar constante, firme, automática, como si estuvieran buscando significados escondidos, o las intenciones del analista, o los "mecanismos" que operan en su mente, su teoría y su técnica. No pueden permitir dejarse sorprender por o que surge en sus propias mentes en respuesta a los comentarios del analista. Conciben el psicoanálisis como un proceso de aprendizaje en el que el conocimiento viene del analista, para ser escrutado cuidadosamente y evaluado por ellos, y entonces asimilado o rechazado en forma consciente.

Estos pacientes no pueden concebir ningún conocimiento sobre ellos mismos que pueda surgir de su inconsciente, sorprendiéndolos, y que requieran un trabajo verdaderamente colaborativo con el analista para entenderlo e integrarlo. Por lo general tienen grandes dificultades para vivir la experiencia de tristeza, depresión y culpa, lo que reflejaría intereses más profundos por su mundo interior; no pueden concebir de manera inconsciente la mutualidad de una buena relación madre-hijo y no pueden, en un sentido inconsciente, "cuidarse" a sí mismos. Ilustran en forma dramática la incapacidad narcisista de amarse a sí mismo y de confiar en el propio mundo interior.

Aunque lo que describo es una configuración típica de transferencia en personalidades narcisistas, no todas presentan estas características. Esta configuración particular no está ligada a la gravedad de la patología narcisista, que se expresa por lo ganeral en la patología extrema de las relaciones objetales, rasgos antisociales y regresiones paranoides de transferencia (incluyendo episodios paranoides micropsicóticos). De aquí que se pueda encontrar en pacientes narcisistas la incapacidad para depender con pronóstico favorable y desfavorable para el tratamiento. También, aunque esta configuración de transferencia, una vez detectada, es bastante similar de caso a caso, los conflictos y disposiciones subyacentes de transferencia reprimida varían mucho. Por ejemplo, en el curso de resolver esta resistencia a la transferencia, pueden encontrarse reacciones defensivas relacionadas a culpa inconsciente, tendencias paranoides graves que reflejan conflictos edípicos/preedípicos condensados, o conflictos homosexuales. Algunos pacientes presentan una incapacidad general para experimentar plenamente las emo-

ciones y verbalizarlas en relación a circunstancias traumáticas muy tempranas. La descripción de McDougall (1979), de desarrollos de contratransferencia bajo tales circunstancias corresponde con mi propia experiencia.

Impacto sobre el analista

El cuadro que describo de la transferencia tiene un profundo efecto sobre la contratransferencia del analista y desafía seriamente a su creatividad.

Antes que nada, ya que estos pacientes nunca forman en realidad una relación emocional profunda hacia el analista, transmiten la impresión de que no se está desarrollando ninguna transferencia. En particular para el analista inexperto o aspirante, los pacientes que pueden asociar libremente, que parecen tener la libertad de sumirse en la fantasía primitiva, recuerdos de infancia y expresión emocional, y que sin embargo no desarrollan ninguna transferencia, pueden ser desconcertantes e intranquilizadores. La situación es muy diferente de aquélla que crea el paciente obsesivo, cuya intelectualización y racionalización, aislamiento, formación reactiva y otras defensas de alto nivel, transmiten la dificultad para experimentar emociones aunque el paciente esté profundamente involucrado en la transferencia.

Segundo, el constante escrutinio de estos pacientes sobre las interpretaciones del analista, su implacable exploración de todos sus comentarios, pueden tener un efecto paralizante sobre las comunicaciones del analista por un largo periodo. Este es un esfuerzo más efectivo para controlar que el intento narcisista regular para mantener las interpretaciones del analista dentro de cierto rango, asegurarse de que no dice nada inesperado (lo que evocaría la envidia del paciente) o nada que se devalúe demasiado fácilmente (lo que desataría graves reacciones de desengaño). En contraste con estas "restricciones de rango" en lo que el paciente puede aceptar del analista, los pacientes en cuestión reciben todo en formas que tienden a neutralizar o eliminar el impacto emocional directo de la interpretación. Dejan al analista con la impresión de que ha estado hablando consigo mismo y que sus comunicaciones, una vez expresadas, se han evaporado antes de llegar al paciente.

Además, el escrutinio consistente del analista inevitablemente da como resultado que el paciente tenga un plano cuidadoso de sus rasgos "reales", sus peculiaridades e idiosincrasias. El analista puede tener el sentimiento de inquietud de estar expuesto a un escrutinio de algún modo benigno, quizá levemente irónico, divertido u obviamente suspicaz, un intento más totalizante de control de lo que ocurre en cualquier otra relación analítica.

Más aún, estos pacientes "aprenden" tan completamente el lenguaje del analista, su teoría, sus expresiones preferidas, que pueden combinar en forma tan hábil las descripciones con las consideraciones interpretativas "empalmadas", que el analista ya no puede diferenciar la emoción de la intelectualización o la fantasía regresiva de las teorías psicoanalíticas. De hecho, el paciente mismo no puede diferenciar lo que es auténtico, lo que sale de él, y lo que ha aprendido del analista. Todo es asimilado en una estructura psicológica que evita al paciente o al analista saber sobre los aspectos inconscientes de la patología del paciente. Al final, el paciente mismo es la víctima de su incapacidad para depender del analista.

El efecto de estos desarrollos sobre el analista puede ser una pérdida de espontaneidad. Más que trabajar con una atención uniformemente fija, puede que intente controlar en forma defensiva sus propias comunicaciones. La falta de compromiso aparente y de desarrollo de la transferencia después de un largo periodo, puede inducir en el analista una sensación desalentadora de que nada está sucediendo en realidad sin que él pueda precisar dónde yace la dificulta. Puede, por último, llegar a sentir una sensación de parálisis y futilidad. Incluso terminar en complicidad con el paciente, dividiendo cada sesión de la otra, en un patrón repetitivo de rendirse y de comenzar todo de nuevo.

Enfoque terapéutico

No es muy difícil diagnosticar un estancamiento que se origine de una defensa crónica contra la dependencia. Sin embargo, resolverlo somete a un esfuerzo los límites de la capacidad del analista para trabajar con reacciones de contratransferencia a lo largo de todo el espectro de las dimensiones expuestas, en especial su capacidad para conservar su creatividad. En particular, este estancamiento abusa de la fantasía evocativa del analista, su capacidad para usar su conocimiento emocional sobre cómo un paciente y un analista se relacionan entre sí bajo circunstancias ordinarias. Me refiero a lo que Loewald (1960), describió como la relación subyacente entre paciente y analista en la situación psicoanalítica. Una persona se atreve a depender de otra, y la otra, a su vez, acepta esa dependencia en tanto que respeta la autonomía de la primera.

Es útil para el analista conservar en la fantasía una imagen clara de cómo una persona "normal" a quien se analiza podría responder a sus intervenciones, explorando sus propias reacciones en tanto que vive la experiencia de sí mismo en una relación abierta y segura con el analista. Estas condiciones están presentes cuando el yo observador del paciente está trabajando en colaboración con el analista. La capacidad del analista para sentir la experiencia de sí mismo como analista y como paciente en una posición de dependencia, puede crear un marco altamente subjetivo y experiencial, aunque realista, contra el que la incapacidad del paciente para depender puede diagnosticarse e interpretarse en forma gradual.

La atención cuidadosa a las reacciones del paciente hacia las interpretaciones es la mejor guía para explorar y resolver esta complicada resistencia a la transferencia. En su esfuerzo por diagnosticar "cómo lo hizo el analista", el paciente puede imputarle a éste intelectualización y teorías extrañas o reacciones de "contratransferencia". Esto puede abrir el camino para clarificar con el paciente lo difícil que es para él concebir la posibilidad de que el analista haya respondido en forma espontánea y de que esté interesado en ayudar al paciente a mejorar su autocomprensión más que en manipularlo o lavarle el cerebro con teorías. En este contexto, el analista puede sugerir que el paciente está menospreciando su propia vida de fantasía y su capacidad para la experiencia emocional, aunque parece estar cuestionando la

capacidad del analista para la introspección espontánea. Las reacciones paradójicas típicas de personalidades narcisistas que, después de sentirse ayudadas o comprendidas por el analista, desarrollan una necesidad incrementada de negar esta ayuda o comprensión pueden también usarse para clarificar este patrón al facilitar la interpretación de las operaciones que estropean lo recibido (Rosenfeld, 1964).

A veces, la "falta de sentido" o la carencia de contacto emocional entre paciente y analista pueden estar repitiendo una relación patogénica específica con los objetos paternales. El paciente desesperanzado, enojado, terco desafía al analista a demostrar la diferencia entre el encuentro analítico presente y el pasado. Complican ese desafío la envidia inconsciente al analista percibido como independiente y seguro en su creatividad, y la necesidad correspondiente de estropear su trabajo. La dificultad es que la interpretación de este patrón puede en sí captarse en forma prematura e intelectual por el paciente y entretejida en sus asociaciones y su negación de la realidad psíquica. Aquí, pueden resultar útiles el trabajo elaborativo consistente y la atención al uso defensivo del "insight" intelectualizado.

Con mucha frecuencia, la atención sobre la identificación inconsciente del paciente con un objeto persecutorio, frustrante, sádico, de un pasado, que lo hace desconfiar tanto del analista como de su propio mundo interior (en el fondo, un introyecto maternal agresivo y rechazante que niega las necesidades de dependencia del paciente junto con su vida emocional en general), puede clarificar y resolver este patrón en el contexto del análisis de las identificaciones componentes del sí mismo grandioso. Aquí, la autoidealización del paciente que niega su necesidad de los demás está condensada con la identificación con un agresor (que no ha llegado todavía a ser desenmascarado como un agresor hacia el sí mismo dependiente, infantil, normal del paciente).

Un desarrollo interesante en pacientes que están comenzando a trabajar elaborativamente este tipo de transferencia es la tendencia a retroceder a la negación de cualquier relación emocional hacia el analista, cada vez que se ha logrado algún nuevo entendimiento. Así, el patrón que originalmente había sido consistente y permanente, ahora comienza a oscilar, reapareciendo cuando la relación en la transferencia se profundiza. La interpretación repetida de este patrón cuando el analista reconoce su resurgimiento, puede facilitar el trabajo elaborativo, aunque la repetición puede a menudo evocar en el paciente la queja de que el analista sigue centrándose en los mismos problemas y está, así, negando el progreso del paciente.

En estos pacientes, el desarrollo de disposiciones de transferencia gravemente regresivas e intensas reacciones emocionales —aun si son fuertemente paranoides— indica movimiento en comparación con la resistencia a la transferencia previamente estable. El pronóstico para pacientes que nunca se vuelven capaces de ni siquiera entender la naturaleza de esta incapacidad para depender del analista, es mucho más pobre. Diferenciar estos dos tipos de pacientes lleva tiempo. La aceptación intelectual de la interpretación del analista respecto a la incapacidad del paciente para depender de él tiene que diferenciarse de la comprensión emocional, que en forma eventual se traduce en cambios en la transferencia.

18

Aspectos clínicos de patología grave del superyó

Los dos indicadores pronósticos dominantes para el tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico de pacientes con organización límite de personalidad y de personalidades narcisistas son la calidad de las relaciones objetales y la calidad de las funciones del superyó.

La calidad de las relaciones objetales se refiere a las relaciones internas del paciente con los demás significantes, no sólo a la naturaleza de sus intercambios interpersonales. Si el paciente, a pesar de su psicopatología grave, es todavía capaz de relacionarse en forma profunda con otra persona, de preservar una relación duradera, no explotadora, no parasitaria, con una persona cercana a él, es capaz de mantener relaciones objetales. En contraste, el paciente que está aislado por completo socialmente, en quien no está asequible ninguna relación profunda con nadie al nivel del darse cuenta consciente y preconsciente, el paciente cuyo único compromiso significativo con los demás ocurre como parte de fantasías de masturbación, y aquél que presenta sólo una capacidad mínima de darse cuenta de, o interés en las características, intereses, y deseos de los demás, todos ellos revelan un grave daño en el área de las relaciones objetales.

Conservar la honestidad social ordinaria y experimentar un sentido apropiado de culpa y responsabilidad moral en las relaciones con otras personas, hablan de la capacidad para mantener las funciones básicas del superyó. En contraste, una deshonestidad omnipresente en las relaciones humanas y falta de interés y responsabilidad en todos los intercambios humanos indican la ausencia o deterioro de funciones del superyó. Naturalmente, la gravedad de la patología del superyó se refleja en el grado de conducta antisocial presente. Sin embargo, es importante recordar que la patología del superyó deberá evaluarse con base en la relación interna de la persona hacia su entorno social más que de acuerdo a las definiciones legales o convencionales de lo que es antisocial.

El tratamiento psicoanalítico de las personalidades narcisistas revela relaciones interesantes y complejas entre la patología del superyó y la calidad de las relaciones objetales. Las personalidades narcisistas de todos los grados de gravedad revelan rasgos antisociales con sorprendente frecuencia. Aun aquéllas con funcionamiento social relativamente adecuado, cuyo sí mismo grandioso patológico les proporciona gratificaciones bien compensadas de autoestima, y cuyas interacciones sociales superficiales y capacidad para compromiso más profundo con otros son todavía asequibles, pueden presentar conducta antisocial crónica en la forma de robo y falsificaciones en su trabajo o en sus actividades sexuales.

Ya que estos rasgos antisociales son pronósticamente importantes, yo los investigo en todos los pacientes con personalidad narcisista (aun aquéllos con funcionamiento social aparentemente muy bueno) y he encontrado a menudo discrepancias sorprendentes entre una calidad relativamente no dañada de relaciones objetales y una patología grave del superyó insospechada. En contraste, algunos pacientes narcisistas que funcionan en un nivel límite abierto y que muestran patología extrema y omnipresente de las relaciones objetales tienen funciones del superyó sorprendentemente intactas.

Es sólo en el subgrupo, afortunadamente pequeño, de patología narcisista donde la infiltración agresiva del sí mismo grandioso patológico da lugar a lo que yo llamo narcisismo maligno (ver capítulos 16 y 19) –o sea, grandiosidad egosintónica combinada con crueldad o sadismo y rasgos paranoides de personalidad graves– es allí que el deterioro de las relaciones objetales va regularmente de la mano con el de las funciones del superyó. He encontrado que todos los pacientes con estructura antisocial de personalidad presentan patología narcisista grave, destrucción de su mundo interior de relaciones objetales y patología del superyó extrema, y por lo general intratable. Estos pacientes están en los límites no sólo de la capacidad de ser analizados sino de tratamiento con cualquiera de las psicoterapias psicoanalíticas modificadas. La evaluación de la calidad de las relaciones objetales, de la patología del superyó y de la naturaleza del narcisismo patológico nos dice si un paciente es tratable.

CONSIDERACIONES TEORICAS

He encontrado las ideas de Edith Jacobson sobre el desarrollo de las estructuras del superyó como un marco de referencia muy valioso para comprender las vicisitudes de la formación inicial normal y patológica del superyó. Resumiré, entonces, las contribuciones pertinentes de Jacobson antes de abundar sobre su marco teórico para explicar la patología grave del superyó que estamos considerando aquí.

Jacobson (1964) describe tres etapas amplias o estratos de formación normal del superyó. El primer y más profundo estrato está representado por los precursores sádicos del superyó que reflejan la interiorización de las imágenes de los objetos fantásticos, sádicamente prohibitivas y punitivas, o, más bien, las representaciones "malas" de los objetos y del sí mismo fusionadas que el lactante proyecta sobre la madre frustrante y los otros objetos como parte de un esfuerzo por negar su agresión. Un segundo estrato se basa en la fusión de representaciones del sí mismo ideal y del objeto ideal; la integración de este estrato constituye el yo ideal y representa un esfuerzo final por reconstituir la relación simbiótica original cargada libidinalmente con la madre, a un nivel de aspiraciones más alto y demandas intrapsíquicas. Bajo circunstancias óptimas, ocurre una moderación de los precursores sádicos más tempranos del superyó y de los posteriores idealizados, repitiendo dentro del superyó en evolución, los procesos de integración de relaciones objetales buenas y malas que ocurrieron previamente dentro del yo. Jacobson indica cómo esta integración y moderación permiten, a su vez, la interiorización de un tercer estrato de determinantes del superyó: a saber, los aspectos realistas, demandantes y prohibitivos de los padres, que caracterizan las etapas últimas de la fase edípica y traen la consolidación final del superyó como una estructura integrada.

A lo largo de la siguiente etapa de desarrollo, ocurren en el superyó la latencia, los procesos de despersonificación, abstracción e individualización, produciendo la regulación de la autoestima por afectos y demandas más centrados, delimitados, cognoscitivamente diferenciados, en contraste con las regulaciones previas de la autoestima controladas por el superyó mediante cambios generalizados del humor. Los sentimientos de culpa específicos y la autocrítica reflejan una elaboración sofisticada del desarrollo de los ánimos deprimidos bajo la influencia de la integración del superyó. El superyó maduro se caracteriza por el control ejercido a través de cambios de ánimo o sentimientos de culpa, leves o modulados, y un sentido de autonomía creciente, en tanto que un superyó patológico, excesivamente agresivo y primitivo se caracteriza por ánimos depresivos graves. Además, los sentimientos de inferioridad y vergüenza reflejan la participación del yo ideal en la regulación del yo por el superyó; mientras mayor sea el defecto en la integración del superyó, más predominan los sentimientos de inferioridad y vergüenza sobre la capacidad para experimentar afectos de depresión modulados (como la tristeza) y sentimientos de culpa diferenciados.

La siguiente etapa de desarrollo del superyó ocurre en la adolescencia. Jacobson describe la repersonificación, reproyección, y redisolución parciales del superyó que ocurren cuando el adolescente refuerza las prohibiciones infantiles contra los deseos edípicos. Al mismo tiempo, el adolescente debe identificarse con un modelo adulto de conducta sexual para integrar los aspectos tiernos y eróticos de las pulsiones sexuales. Aquí, el grado al que ocurren esta redisolución y reproyección parciales del superyó y el grado al que todavía se mantiene la identidad normal del yo diferencian a los adolescentes normales y neuróticos de sus contrapartes límite y narcisistas (Jacobson, 1954, 1961, 1964).

CONSIDERACIONES CLINICAS

Niveles de patología del superyó

El espectro de patología del superyó que se presenta a continuación, ilustra los fracasos en los diversos niveles de formación del superyó explicados por Jacobson. Yo describo un "continuum" de gravedad de patología del superyó

que va desde la personalidad antisocial prácticamente intratable hasta pacientes con patología neurótica del carácter. Mi énfasis es sobre las relaciones entre patología del superyó, patología de las relaciones objetales, narcisismo patológico, y las vicisitudes de la transferencia de estos pacientes.

La personalidad antisocial

La patología más extrema del superyó se encuentra en pacientes con trastorno antisocial de la personalidad —los psicópatas en un sentido estricto. Estos pacientes mienten al terapeuta, dándose completa cuenta de que están mintiendo. Comprenden los requisitos "morales" de la realidad externa a la que tienen que rendir tributo, pero no entienden que dichos requisitos representan un auténtico sistema de moralidad que otras personas han interiorizado. En vez de eso, perciben las demandas morales del entorno como un sistema de "advertencia" aceptado convencionalmente, para ser explotado por los corruptos (como ellos mismos) y al que se someten los ingenuos y los taimados.

Estos pacientes pueden mentir y hacer trampa en forma efectiva. Entienden que pueden ser atrapados, pero no que sus mentiras y sus trampas afectarán la relación interna de los demás hacia ellos. Debido a que son incapaces de experimentar un compromiso de amor auténtico para los demás, no pueden apreciar la diferencia entre tales compromisos que los demás puedan sentir por ellos y la explotación y manipulación despiadadas. Tienden a destruir la posibilidad de cualquier relación emocional con el terapeuta sin comprender siquiera que lo están haciendo.

Su capacidad para mentir en forma efectiva refleja una cierta integración del sí mismo, pero basada sobre el sí mismo grandioso patológico de la personalidad narcisista y totalmente identificada con el principio del placer. Algunos de estos pacientes presentan una infiltración de este sí mismo grandioso con agresión y una búsqueda egosintónica subsiguiente de la gratificación de impulsos sádicos. Hay un "continuum" desde el psicópata pasivo, explotador, parasitario, hasta el criminal francamente sádico. Las condiciones sociales que facilitan la expresión de la agresión y crueldad primitivas proporcionan una acomodación natural para estas estructuras de personalidad.

Excepto bajo circunstancias poco usuales, el tratamiento psicoterapéutico está contraindicado para estos pacientes. Los miembros abiertamente sádicos en esta categoría pueden ser muy peligrosos para tratarse en el contexto psicoterapéutico ordinario, y la representación de un triunfo sádico expreso a través de una depreciación extrema del terapeuta junto con su explotación económica o de otro tipo pueden volverse una experiencia aterradora para el terapeuta. Con los psicópatas pasivos o parasitarios, puede que sólo la confrontación con su conducta antisocial sea la que desate regresiones paranoides violentas en la transferencia, dentro de las que activan una grandiosidad sádica similar a la del tipo directamente agresivo (en tanto que aún proyecta esta tendencia sobre el terapeuta).

Un paciente, una personalidad antisocial con rasgos predominantemente sádicos, entró a tratamiento psicoterapéutico bajo presión de su familia y

para evitar ir a la cárcel a causa de su participación en asaltos y robos. En sus sesiones conmigo habló abiertamente de un robo planeado. Dejó claro a través de amenazas sutiles pero inequívocas que él sabría cómo protegerse en caso de que yo decidiera lastimarlo al reportarlo a la ley. Es difícil transmitir la sensación de omnipotencia y seguridad que este hombre expresaba. Su sonrisa tranquila sugería que él me menospreciaba por completo, y había veces que lograba paralizar mi pensamiento de modo que me era difícil intervenir en absoluto. Decidí interrumpir el tratamiento después de llegar a la conclusión de que la combinación de problemas legales y terapéuticos estaba más allá de mi capacidad.

Otro paciente con personalidad antisocial y una historia de robo y explotación parasitaria a los demás, pero sin ninguna evidencia de violencia manifiesta, un hombre que era descrito por lo general como seudosumiso y astuto, robaba cosas de mi despacho. Aunque al principio yo no podía estar seguro de que él fuera responsable por los objetos desaparecidos, me sorprendí vigilándolo en las sesiones y revisando mi oficina cuando él partía. Después de que hice una pregunta respecto a un pequeño objeto que había desaparecido de mi sala de espera después de una sesión con él, el paciente "confesó" que lo había tomado y lo devolvió. Sin embargo, no dio señales de vergüenza o culpa, y las sesiones que siguieron (hasta la interrupción del tratamiento unas semanas más tarde) estuvieron marcadas por mi sensación intranquila de que yo estaba involuntariamente metido en un juego de vigilancia para proteger mi propiedad. Cuando traté de explorar las implicaciones psicológicas de esta interacción, el paciente rechazó, divertido, mi insistencia en explicar tanto un episodio que "era asunto ya pasado".

La personalidad narcisista con conducta antisocial egosintónica

El siguiente nivel en el "continuum" de la patología del superyó está representado por personalidades narcisistas que funcionan en un nivel límite abierto y con rasgos antisociales pero no una personalidad antisocial propia, y los pacientes con formas malignas de narcisismo patológico cuyo sentido agresivo de arrogancia se expresa en conducta antisocial egosintónica. Estos pacientes desarrollan rasgos paranoides graves en la transferencia aún si su personalidad descriptiva no incluye rasgos paranoides dominantes. Pueden incluso desarrollar regresiones paranoides ilusorias en la transferencia.

Las sesiones de un paciente con personalidad narcisista y rasgos paranoides graves eran dominadas por su grandiosidad y envalentonamiento. Llenaba sus horas con quejas sobre la estupidez, ignorancia e injusticia de varias autoridades y me forzaba a oírlo en silencio —con la implicación de que estaba yo de acuerdo con él— o, si me "atrevía" a cuestionar alguna de sus expresiones, a convertirme en un ejemplo más de su mundo de autoridades injustas. Junto con su grandiosidad casi impenetrable iba un encanto que le permitía hacer declaraciones realmente escandolosas. Siempre y cuando no lo contradijera abiertamente, él mantenía un trato amigable y divertido durante las horas. También me mentía respecto a conducta antisocial en la que él participaba, en particular respecto a drogas; en algunas ocasiones

sólo la comunicación de la policía a sus padres, que llegaba a una trabajadora social y por último a mí, era lo que me permitía saber de lo que estaba pasando en su vida. Una vez confrontado, admitía rápidamente que había estado mintiendo, defendiendo su conducta como perfectamente lógica en un mundo de autoridades de mentalidad estrecha y restrictivas.

Sin embargo, este paciente en contraste con los mencionados, también era capaz de expresar sutilmente aspectos de dependencia en su relación conmigo; se ponía muy molesto si no lo veía en su horario regular, y se perturbaba mucho por cualquier retraso en el inicio de sus sesiones. Aunque por último interrumpió el tratamiento, mantenía un contacto ocasional conmigo, consideraba la posibilidad de reanudarlo en el futuro, y pudo después comprometerse por periodos limitados a tratamiento psicoterapéutico con otros terapeutas. Según información confiable de seguimiento, cuando menos los aspectos antisociales de su funcionamiento disminuyeron en forma gradual.

En estos pacientes la conducta antisocial tiene una cualidad agresiva, de rabia, y vengativa que es contraparte de su tendencia gravemente paranoide a atribuir reacciones similares a todos los demás. Mentir y hacer trampa son egosintónicos dentro del contexto de su imagen del mundo como un lugar donde uno debe hacer trampa y mentir, o matar para sobrevivir o debe asegurar su seguridad psicológica poniéndose más allá del temor a la muerte. Hay en estos pacientes más agresión salvaje y sadismo que deshonestidad insensible o gozosa, y muy a menudo puede encontrarse un remanente de honestidad ordinaria en sus relaciones sociales no comprometidas emocionalmente.

En su descripción del impulso paranoide a traicionar, Jacobson (1971), señala la historia de la niñez de dichos pacientes como caracterizada por el maltrato, descuido, crueldad y desacuerdo marital grave entre los padres. Estos pacientes desarrollaron temprano una actitud sumisa, masoquista hacia los padres, en tanto que su hostilidad subyacente encontraba expresión en las crueldades que ellos infligían sobre sus hermanos más jóvenes y en intentos de enfrentar entre sí a los demás miembros de la familia. Jacobson describe por un lado, la alternación entre la agresividad abierta y los rasgos paranoides, y por otro, la sumisión y traición junto con otras tendencias antisociales.

En el extremo más patológico del espectro, incluyendo la personalidad antisocial propia y la narcisista con fuertes rasgos antisociales y/o narcisismo maligno, hay una predominancia clara del estrato más primitivo de precursores sádicos del superyó. Estos incluyen una expresión de agresión que prácticamente no se mitiga con ninguna integración con precursores idealizados del superyó y un impulso de poder sobre, y destrucción de todas las relaciones objetales (otra cosa que un complemento de "esclavos" totalmente sumisos y explotados que permiten la representación del poder al que aspiran estos precursores sádicos del superyó).

En la personalidad antisocial propia, es como si el paciente se identificara con una fuerza primitiva despiadada, totalmente inmoral que puede obtener satisfacción sólo a través de la expresión de agresión no mitigada y que no requiere de racionalización para su conducta y ninguna adhesión a ningún valor consistente que no sea el ejercicio de tal poder.

Sin embargo, en la personalidad narcisista con rasgos antisociales y en el narcisismo maligno, hay cuando menos alguna disponibilidad inicial de precursores idealizados del superyó en el sentido de una condensación de los precursores sádicos del superyó con alguna expectativa de un tipo primitivo idealizado. La conducta sádica y explotadora del paciente está "moralmente justificada", cuando menos para él mismo. En la transferencia estos pacientes no psicopáticos reaccionan con intensa rabia si se cuestiona la "justificación" para su conducta cruel y explotadora. Es como si estos pacientes se estuvieran identificando no sólo con un asesino sádico, como en el caso del psicópata, sino con una deidad sumamente cruel, un dios egocéntrico y despiadado.

La activación de ideas paranoides en las transferencias de estos pacientes refleja la representación de la grandiosidad sádica y la crueldad de este estrato primitivísimo, no mitigado, o no neutralizado, de la formación del superyó. Presumiblemente, es etiológicamente dominante aquí la presencia de imágenes paternales sádicas o violentas, así como los factores constitutivos que interfieren con la neutralización o control de la agresión primitiva. La identificación inconsciente del paciente de su sí mismo grandioso con las características de estos precursores primitivos sádicos del superyó también indica la fragilidad o inasequibilidad de cualesquiera relaciones objetales interiorizadas alternativas y la destrucción de todas las representaciones del sí mismo y de los objetos cargados libidinalmente.

El mundo pasado de relaciones objetales interiorizado destapado por la reconstrucción genética en pacientes con los niveles graves de patología del superyó recién descritos, incluye típicamente la imagen de figuras paternales abrumadoras que se viven en la experiencia como omnipotentes y crueles. Estos pacientes invariablemente sentían que cualquier relación buena, amorosa y mutuamente gratificante con un objeto era inasequible o, si fuera asequible, era frágil, fácilmente destruida, y, aún peor, una invitación directa al ataque por parte del padre o madre cruel y avasallador. Típicamente, tenían la sensación de que una sumisión total —de hecho, una total absorción en— al poder del padre cruel y omnipotente era la única condición para sobrevivir y que, por tanto, tenían que ser cortados todos los lazos con objetos alternativos buenos pero débiles. Por último, la sensación exhilarante de poder y gozo lograda una vez que la identificación con un objeto cruel omnipotente se había completado, les daba una sensación de liberación del miedo, del dolor, y del temor y la convicción de que la gratificación de la agresión era la única manera significante de relacionarse con los demás.

Deshonestidad en la transferencia

El siguiente nivel de patología del superyó está representado por pacientes que suprimen o distorsionan en forma crónica información importante respecto a sus vidas o experiencias subjetivas, en otras palabras, aquéllos que mienten por omisión y por comisión en la situación del tratamiento. Estos pacientes incluyen los límite sin psicopatología narcisista conspicua, así como algunos narcisistas que funcionan en un nivel abiertamente límite. Aquí, la deshonestidad es mayormente de naturaleza "protectora", hay poca

conducta antisocial directa o abierta, y la calidad de las relaciones objetales es mejor mantenida. A veces la gravedad relativa de la patología del superyó puede pasarse por alto durante periodos largos en el tratamiento.

Los ejemplos típicos incluyen pacientes que omiten hablar de aspectos importantes de sus experiencias e interacciones de la vida diaria porque temen que el analista criticará o tratará de interrumpir estas conductas. Los pacientes a veces "confiesan" su conducta al analista sólo para continuarla después, con la suposición implícita de que su confesión los releva de responsabilidad por sus actos. El analista debe decidir si consentirá la continuación de esta conducta recibiendo la información en silencio o si tomará la responsabilidad para interrumpirla.

En contraste con el paciente con el síntoma más restringido de guardar secretos en un área sobre la que siente mucha vergüenza o culpa pero que no encierra conducta antisocial o autodestructiva importante, y con el que opera bajo el dominio de la negación inconsciente, que se da cuenta cognoscitivamente de una cierta experiencia o conducta pero no de su implicación emocional, el paciente que miente en forma crónica se da completa cuenta de la importancia cognoscitiva y emocional de los problemas suprimidos.

U.: Una mujer con una historia de abuso de drogas y alcoholismo crónicos estaba involucrada con un hombre que era traficante de drogas. Por un largo tiempo deliberadamente me ocultó que ella sabía de las actividades criminales de su amigo. "Confesó" sólo cuando la muerte de un amigo cercano, que ella sospechaba había sido causada por el grupo criminal al que pertenecía su amigo, le produjo una intensa angustia.

Exploré con ella los factores que le habían impedido decirme de la cultura criminal que la rodeaba. Surgió que por debajo de su temor de que yo le prohibiera continuar la relación con su amigo o acabara el tratamiento a causa de mi indignación por su relación con un grupo de gente turbia, yacía el temor más profundo de que ella traicionara a su novio por haberme hablado de sus actividades; esto pondría en peligro mi vida porque el grupo de él podría querer eliminarme ya que yo "sabría demasiado". Esta revelación llevó, a su vez, a la expresión de U. de su temor respecto a sus propios deseos de muerte hacia mí y a su sumisión masoquista a una situación social que ella percibía como peligrosa para su propia vida.

En las etapas iniciales del tratamiento, U., una personalidad típica infantil con organización límite había revelado libremente fantasías masturbatorias incluyendo orgías sexuales con sus padres. Yo me había preguntado a qué grado ella había sido en verdad testigo de, o participado en, actividades sexuales incestuosas o perversas en su niñez temprana. Estas fantasías masturbatorias eventualmente resultaban tener orígenes genéticos mucho más complejos y no representaban experiencias sexuales directas de ese tipo en la niñez temprana. Sin embargo, varios meses después de la apertura de su hábito de mentirme respecto a la naturaleza de las actividades de su amigo, surgió nueva información respecto a su pasado inconsciente, que sugería que su madre había tenido un temor crónico a ser envenenada por el padre de U. —tanto miedo que ella solía hacer que el perro de la familia probara su comida antes que ella la comiera. La paciente había representado en la transferencia su identificación tanto con la madre, que era amenazada por

un esposo asesino, como con el padre asesino, que estaba "envenenando" la relación conmigo y causando potencialmente mi muerte.

Negación de la responsabilidad moral

El siguiente nivel de patología del superyó se caracteriza por lo que podría resumirse como negación de la responsabilidad moral de las acciones propias. En contraste con el grupo anterior de pacientes, mayormente con organización límite pero sin rasgos narcisistas dominantes, este grupo está representado por pacientes con personalidad narcisista típica pero sin conducta antisocial en sentido estricto ni mentiras expresas en la transferencia. En estos casos no encontramos supresión consciente, omisión sistemática, ni distorsión de cierta información sino, más bien, una revelación "inocente" de experiencias y conductas contradictorias, separadas por una barrera de negación mutua —una manifestación del mecanismo de escisión subyacente— que lleva a la negación del interés, de un sentido de responsabilidad y de sentimientos de culpa.

Estos pacientes no mienten conscientemente en el sentido ordinario de la palabra. Su deshonestidad estriba en rehusar aceptar la responsabilidad por la confiabilidad de sus sentimientos, intenciones, y acciones. De hecho, es sorprendente cuán fácilmente algunos de estos pacientes, que por lo general tienen una historia de conducta manipuladora, controladora y explotadora hacia los demás, son capaces de "lavar el cerebro" al terapeuta con la lógica de su manera suave y caballerosa de descartar la responsabilidad personal y el interés por sí mismos y por los demás. Claramente, estos pacientes muestran una continuidad cognoscitiva de sus estados mentales, pero conservan una discontinuidad afectiva que los protege de la ansiedad o culpa y de cualquier identificación con valores morales. Parecen ilustrar en forma simultánea el uso defensivo de la escisión y la conducta totalmente centrada en sí mismo que puede uno observar en los niños antes de tener lugar la integración del superyó. Además, muestran un empobrecimiento significativo en su capacidad de compromiso profundo en las relaciones objetales. Su capacidad para hacer dudar al analista sobre sus propios juicios de valor y aun sus conceptos ordinarios de responsabilidad y culpa es impresionante. Estos pacientes, en resumen, tienen un talento cruel para corromper los sistemas de valores del analista al relacionarse con ellos. La siguiente ilustración es típica.

V.: Una mujer joven con personalidad narcisista y sin rasgos límite expresos, le dijo una tarde a un hombre que lo amaba y que él era el único hombre en su vida. Se estaba desarrollando una intensa relación sexual entre los dos. En forma simultánea, estaba desarrollando también una relación intensa con otro hombre. Noches después, también le dijo al segundo hombre que lo amaba y que era el único hombre en su vida. V. hablaba de esto en forma bastante abierta en las sesiones.

Cuando planteé la cuestión de si esto era una fuente de conflicto para ella, primero me aseguró que no lo era porque los dos hombres no se conocían entre sí. Después que me aseguré de que ella decía esto con toda sinceridad, le pregunté si podría ser fuente de conflicto para ella que le hubiera

dicho a ambos hombres, casi al mismo tiempo, que los amaba y que cada uno era su único amor. V. muy convincente dijo que ella había sido completamente sincera al decirle esto a ambos hombres, que sus sentimientos habían cambiado por completo de la noche en que había hablado con el primero a la noche en que había hablado con el otro. Ella sentía que sus hombres podían siempre estar seguros de que ella era honesta con ellos. Dijo que nunca había sido un secreto el hecho de que sus sentimientos cambiaban y que, por tanto, ella no podía garantizar a nadie "amor eterno". De hecho, una de sus quejas principales era la falta de apreciación de su honestidad y la conducta contradictoria de los hombres con quienes ella había estado involucrada. Al principio, los hombres aceptaban una relación en la que ella era muy amorosa y generosa, aunque dejando claro que no podía asegurarles cuáles serían sus sentimientos a la larga y que ella necesitaba preservar su libertad. Sin embargo, eventualmente aun los hombres que al principio alababan lo que ella decía se enojaban mucho porque se comprometiera más adelante con otros.

V. no era celosa cuando sus hombres se involucraban en otros amoríos; al contrario, estos llegaban como un alivio bienvenido. La incapacidad para experimentar celos es muy frecuente en las personalidades narcisistas. Obviamente, sufría de patología grave en las relaciones objetales, una incapacidad para comprometerse profundamente con alguien o de permitirse depender por completo de alguien. Sin embargo, en contraste con los casos mencionados, esta paciente tenía una actitud más apropiada y aun considerada hacia las personas con quienes no estaba involucrada emocionalmente en forma intensa; mantenía un sentido ordinario de honestidad en sus relaciones sociales. En relación a mí, demostró durante muchos meses una grave falta de compromiso aparente pero no había mentiras por omisión ni por comisión. V. eventualmente aprendió que un abandono radical de toda esperanza de amor la defendía contra temores profundos de decepción y rabia. La exploración de estos rasgos en la transferencia abrió el camino para explorar la patología de sus relaciones objetales.

La patología del superyó en estos pacientes se refleja en la ausencia de interés, la falta de capacidad para un sentido de responsabilidad moral y de culpa, y las racionalizaciones de su conducta presentadas con una lógica encantadora. La egosintonicidad de su conducta que no es abiertamente antisocial hace muy difícil al terapeuta ayudarlos a darse cuenta de que hay un problema detrás de esta ausencia aparente de problemas "morales". Un paciente así puede experimentar cualquier interés "moral" que el analista pudiera expresar, como algo no sólo enjuiciador sino persecutorio y también sádico. En contraste con las personalidades antisociales que son "honestas" sobre sus actividades antisociales sin interés ni culpa, V., y los casos que ella representa, no son abiertamente explotadores de los demás ni antisociales. Su incapacidad para establecer relaciones objetales profundas es cuando menos tan autodestructiva como lo es destructiva de sus relaciones con los demás.

Con los pacientes que presentan deshonestidad en la transferencia y una incapacidad para asumir responsabilidad moral, hay una falta de integración del superyó normal, una inasequibilidad relativa de la interiorización ordinaria del tercer nivel de prohibiciones y demandas paternales realistas. Estos pacientes presentan una disociación entre precursores proyectados del superyó sádicos e idealizados reflejada clínicamente en conducta antisocial racionalizada en el contexto de transferencias paranoides ligadas con la proyección sobre el analista de precursores sádicos del superyó. Los precursores idealizados del superyó pueden proyectarse sobre el analista en otros momentos o sobre otros objetos de transferencia hacia quienes una sumisión masoquista contrasta con la deshonestidad en la transferencia paranoide. En el caso de una consolidación de un sí mismo grandioso patológico, dicho sí mismo grandioso incorpora los precursores idealizados del superyó en tanto que los precursores sádicos del superyó se proyectan en forma de tendencias paranoides. A pesar de la dominación de la devaluación y de otras operaciones defensivas primitivas, que dañan su mundo interiorizado de relaciones objetales, todos estos pacientes son todavía capaces en forma temporal de mantener relaciones objetales idealizadas, y a veces se reflejan los rudimentos de niveles más altos de formación del superyó en su capacidad para mantener la honestidad ordinaria convencional.

La dominación de precursores sádicos tempranos del superyó en todos los casos examinados hasta aquí tiene efectos devastadores sobre la interiorización de las relaciones objetales. En el mundo interior de estos pacientes, y por tanto en sus percepciones de su realidad interpersonal, uno es extremadamente poderoso y despiadado o amenazado con la destrucción o la explotación. Si las relaciones objetales buenas están en constante peligro de destrucción por tales fuerzas malignas, pueden devaluarse por su debilidad implícita. De este modo, se refuerzan entre sí la patología primitiva del superyó y la patología de las relaciones objetales interiorizadas.

Algunos pacientes en este nivel intermedio desarrollan una forma de comunicación completamente falsa, cínica e hipócrita, un borrar todos los juicios que implican una comparación de objetos buenos y malos. Invalidan la importancia de cualquier compromiso hacia los objetos como una condición para maniobrar en forma exitosa en el caos de las relaciones humanas. Lo que podría llamarse la deshonestidad del "espectador inocente" reemplaza la identificación peligrosa con el tirano cruel.

Cuando una deshonestidad importante y crónica invade la situación del tratamiento, puede haberse logrado una deshumanización defensiva de las relaciones objetales, de modo que ya no haya peligro de que el amor se destruya por el odio o de que este último evoque una revancha devastadora. Estas características se encuentran en un grado menor pero, por el estilo, pueden estudiarse con más facilidad en pacientes con patología más leve del superyó aquellos que presentan una falta de sentido de responsabilidad por sus propias acciones.

Aquí ha habido precursores disponibles del superyó suficientemente idealizados para permitir cuando menos la idealización del sí mismo de un sí mismo grandioso y una integración mínima de precursores sádicos e idealizados del superyó al grado de que pueda conservarse un sentido ordinario de moralidad convencional. Sin embargo, estos pacientes, al fragmentar todos los compromisos emocionales intensos con los demás significantes, hacen sus relaciones humanas turbias e irreales, y están protegidos de de-

sarrollos paranoides al eliminar por completo la "amenaza" de sus necesidades de dependencia de los demás y, con esa dependencia, la necesidad de demandas y prohibiciones, expectativas y deseos, gratificación y frustración. Eliminan entonces, toda intimidad humana.

Paradójicamente, entonces, los pacientes con personalidad narcisista, incapacidad para aceptar un sentido de continuidad en su responsabilidad e interés por los demás, pero sin deshonestidad manifiesta, combinan una ausencia relativa de rasgos antisociales con una ausencia notable de capacidad para las relaciones objetales profundas.

Rasgos contradictorios del yo y superyó como parte de la patología límite general

El siguiente nivel de patología del superyó se encontrará en la mayoría de pacientes con organización límite de la personalidad pero sin los rasgos antisociales y/o narcisistas mencionados. Estos pacientes se dan cuenta de impulsos fuertes y contradictorios que no pueden controlar. Expresan en forma espontánea interés o preocupación de que en los estados mentales contradictorios al actual que es aceptable, ellos pueden sentir o actuar en formas que les serían inaceptables ahora. Clínicamente esta condición puede ser ilustrada por pacientes con tendencias suicidas graves disociadas, que se interesan sin embargo, por su potencial suicida y están dispuestos a pedir ayuda cuando se sienten amenazados por tales impulsos poderosos.

La capacidad de estos pacientes para experimentar preocupación por sí mismos y por los demás y para tolerar sentimientos de culpa cuando actúan en forma agresiva hacia aquellos a quienes aman, indica un estado inicial de interiorización de las funciones del superyó y una capacidad mucho más fuerte para el compromiso emocional hacia los demás, ambos signos pronósticamente favorable. La patología del superyó aquí es en realidad parte de la patología general de la organización límite de la personalidad y refleja la predominancia de las operaciones defensivas primitivas, una tendencia a disociar y proyectar en forma defensiva las presiones del superyó como parte de la activación de mecanismos generales de escisión.

Estos pacientes pueden presentar un funcionamiento superficial que parece más caótico, contradictorio e inmaduro (en el sentido de estar perpetuamente en trastorno emocional en sus relaciones objetales) que el del nivel precedente de patología narcisista. Sin embargo, su apego aferrado a los demás, sus compromisos intensos, si bien contradictorios, señalan que han conservado una capacidad para las relaciones objetales. A este nivel, los precursores sádicos e idealizados del superyó son asequibles, y, aunque el funcionamiento del superyó puede aun estar ampliamente disociado, hay ya más rasgos avanzados asequibles del superyó que se relacionan a la interiorización de imágenes paternales más realistas en el momento de etapas posteriores de desarrollo edípico.

Conducta antisocial que expresa culpa inconsciente

Por último, con el logro de un grado de desarrollo en el que se hace posible la integración de precursores sádicos e idealizados contradictorios del superyó y con la consecuente disminución de la reproyección de precursores primitivos del superyó sobre las imágenes paternales edípicas, se hace posible la interiorización del tercer estrato de formación del superyó. La interiorización y la integración supraordinada del nivel edípico de funciones del superyó permiten el desarrollo de patología ordinaria del superyó en el paciente neurótico, o del desarrollo normal del superyó en general. Aquí, la calidad de las relaciones objetales refleja la integración del concepto normal del sí mismo y de las representaciones objetales interiorizadas. La ausencia de rasgos antisociales, la conservación de un sentido individualizado de moralidad, la capacidad para relaciones objetales en profundo, y la ausencia de narcisismo patológico se acompañan de, y reflejan la presencia de, una estructura sólida del superyó, cuando menos parcialmente abstraída, individualizada y despersonificada. Bajo estas condiciones, la escenificación de conducta antisocial refleja fantasías inconscientes específicas relacionadas con una sumisión en esencia masoquista a un superyó sádico pero bien integrado, la necesidad de expiación de la culpa inconsciente no realista.

El nivel final correspondiente de patología del superyó es el de los pacientes con organización neurótica de la personalidad y un superyó sádico, bien integrado pero excesivamente severo. Aquí, la culpa inconsciente determinada por el superyó se refleja por lo general en varios tipos de inhibiciones del yo y formaciones de síntomas y la represión de necesidades instintivas agresivas y/o sexuales, en el contexto de conflictos predominantemente edípicos relativamente no distorsionados por la condensación con rasgos preedípicos. La mayoría de estos pacientes no presentan patología específica del superyó a excepción de una dominación inconsciente de una moralidad infantil ligada a una fijación sobre prohibiciones y demandas edípicas. Estos pacientes por lo general no presentan rasgos antisociales; son honestos y tienen un sentido de los valores morales; tienen también un rango completo de relaciones objetales interiorizadas normales, integradas. Una integración normal del concepto del sí mismo reemplaza la integración patológica de un sí mismo grandioso de la patología narcisista del carácter.

Sin embargo, en algunos casos la conducta antisocial seleccionada puede reflejar el "acting out" de culpa inconsciente. Estos son "criminales desde un sentido de culpa" (Freud, 1916), que representan sólo una pequeña proporción de pacientes con conducta antisocial. En forma característica, los pacientes con patología del superyó a este nivel no presentan en la transferencia las reacciones paranoides gravemente regresivas que se encuentran en pacientes con conducta antisocial de los niveles de patología de superyó mencionados.

Un paciente a cargo de un laboratorio de investigación de ciencias físicas tenía una necesidad compulsiva de falsificar sus datos de investigación de modo que estuvieran de acuerdo con los resultados que él deseaba. ¡Entonces, como se sentía tan culpable, repetía los mismos experimentos varias veces para asegurarse de que sus datos falsificados no eran confiables! En una ocasión, cuando sus verdaderos descubrimientos parecían apoyar sus descubrimientos manipulados, no confió en ellos y tuvo que repetir los experimentos una y otra vez, por un largo periodo. Los resultados netos eran el riesgo de ser descubierto y de que se destruyera su carrera profesional y una

reducción dañina de su productividad. Se pudieron trabajar elaborativamente en un plazo largo de análisis la sumisión inconsciente a una imagen paterna sádica y envidiosa que, en la mente del paciente, no podía tolerar el éxito profesional de éste, y el "acting out" del éxito y la rebelión así como de la deshonestidad como una búsqueda de castigo. Este paciente no presentó otros rasgos antisociales. Sufría de una forma de patología circunscrita del superyó la patología neurótica del carácter.

La secuencia que he descrito, sugiere las relaciones entre desarrollo del superyó y patología narcisista, tendencias paranoides, destrucción de relaciones objetales interiorizadas, y conducta antisocial.

En los niveles más bajos de nuestro espectro, la calidad de las relaciones objetales y la del funcionamiento del superyó prácticamente coinciden; en niveles intermedios de patología las relaciones entre desarrollo del superyó y la calidad de las relaciones objetales se vuelven más complejas y variadas. Por último, al centrar la atención en las vicisitudes de la psicopatología en el extremo grave del espectro de distorsiones del superyó, esta formulación debería fortalecer la opinión de que los procesos por los que el superyó se desarrolla e integra se extienden por un periodo más largo de tiempo del que originalmente se suponía. Los desarrollos significativos normales o patológicos del superyó tienen lugar a partir del segundo y tercer años de vida en adelante, precediendo e influyendo en forma crucial a la integración del superyó edípico y posedípico. Desarrollos posteriores del superyó ocurren en la adolescencia, así como, presumiblemente en la vida adulta.

19

Regresión paranoide y narcisismo maligno

Como ya se mencionó (ver en especial el capítulo 12), los pacientes con personalidad narcisista que están sufriendo la resolución del sí mismo grandioso patológico, con frecuencia presentan complicaciones tan graves que el tratamiento puede estancarse o interrumpirse en forma prematura. A causa de que el cuadro clínico es una condensación de deseos grandiosos y sádicos (reflejo de un sí mismo grandioso patológico infiltrado con agresión), yo llamo a este fenómeno *narcisismo maligno*. El narcisismo maligno se hace manifiesto en forma de distorsiones particulares en la transferencia, a veces desde el principio del tratamiento, otras después de un cierto grado de regresión en la transferencia.

En ambos casos, el narcisismo maligno se caracteriza por alguno o todos los elementos siguientes: (1) regresiones paranoides en la transferencia, incluyendo "episodios paranoides micropsicóticos"; (2) autodestructividad crónica o suicidio como un triunfo sobre el analista; (3) deshonestidad grave y leve en la transferencia; y (4) triunfo sádico expreso sobre el analista, o grandiosidad maligna.

DESCRIPCIONES CLINICAS

Regresión paranoide

Estos desarrollos paranoides en la transferencia se caracterizan por la aparición en el paciente de una suspicacia intensa sobre el analista, que puede tomar cualidades y características ilusorias y durar un lapso de una sola hora hasta varias semanas o (rara vez) meses. Fuera de la transferencia el paciente no da señales de sufrir regresión psicótica. Por el contrario, sus relaciones objetales con los demás significantes parecen aclararse muy a menudo o adquirir cualidades idealizantes separadas.

En medio de tales episodios es difícil para muchos pacientes seguir recostados en el diván. Tienen que enderezarse y observar al analista para no ser sorprendidos por él, para evitar ataques repentinos, y ejercer lo que a menudo se traduce en control sádico de él como parte de la predominancia de mecanismos proyectivos. He observado, en este contexto, el desarrollo de fenómenos alucinatorios en la transferencia, como la percepción de olores fecales, distorsiones en la forma de percibir el paciente al analista o los objetos de la oficina, y de lo que dice el analista.

Los episodios paranoides pueden desaparecer tan repentinamente como comenzaron, sin ninguna elaboración apreciable en la transferencia y con una reactivación concomitante del sí mismo grandioso patológico en el paciente. De hecho, la falta de trabajar en forma elaborativa y de resolver tales episodios paranoides puede producir una reorganización temporal del sí mismo grandioso patológico y, al mismo tiempo, una tendencia oculta a transferir convicciones paranoides disociadas o escindidas sobre el analista de un episodio al siguiente. Así los motivos de queja se acumulan en forma gradual y periódicamente explotan y pueden eventualmente llevar a la interrupción del tratamiento.

En forma característica, estos episodios paranoides comienzan de repente alrededor de una ambigüedad en la situación del tratamiento o en la actitud del analista, y que el paciente interpreta en una forma paranoide. Mediante la identificación proyectiva, el paciente intenta en forma inconsciente inducir en el analista la animosidad, odio, deshonestidad o manipulación de las que el mismo paciente ahora lo acusa.

Estas regresiones paranoides deben distinguirse de los ataques de rabia intensa (rabia narcisista), que los pacientes narcisistas comúnmente experimentan cuando son frustrados en sus necesidades narcisistas, y, distinguirse también, de las reacciones de transferencia fuertemente negativas con rasgos paranoides que pueden surgir en las últimas etapas del análisis de pacientes con todo tipo de patología del carácter cuando surgen niveles profundos de formaciones del superyó en la transferencia. A diferencia de los pacientes neuróticos ordinarios, los narcisistas malignos que sufren estas regresiones paranoides carecen de la capacidad para continuar confiando en el analista en medio de los temores paranoides de la transferencia.

La autodestructividad como triunfo sobre el analista

Esta constelación clínica se caracteriza por la conducta física o emocionalmente autodestructiva cuando el paciente, en la transferencia, se experimenta a sí mismo como amenazado en su presente "equilibrio de poder" con el terapeuta. En contraste con la conducta automutilante o suicida que se presenta cuando el paciente ha experimentado un rechazo real –un síntoma que presentan muchos pacientes límite incluyendo a aquellos con personalidad narcisista– aquí, la autodestructividad se desata por un desafío a las fantasías conscientes o inconscientes de grandiosidad o poder del paciente. La determinación del paciente de emprender acciones autodestructivas refleja no sólo "rabia vuelta contra sí mismo" sino, típicamente, una actitud de calma, determinada y aun de júbilo. A veces hay un gozo consciente

de la idea de "hacer tonto" al terapeuta, un placer casi sádico en los preparativos ocultos para los actos autodestructivos. Por ejemplo, una paciente se quemó gravemente los brazos, y al asistir a las sesiones de psicoterapia con sus ropas de mangas largas para cubrir sus profundas heridas, alegremente le decía al terapeuta lo bien que se sentía. A menudo el paciente espera consternación por parte del terapeuta, un sentido de impotencia, preocupación y temor por la vida del paciente como la confirmación más fuerte de su triunfo sobre el terapeuta. El rasgo más prominente de estas tendencias autodestructivas es la sensación de poder que el paciente experimenta en relación con el analista. El paciente se hace víctima y victimario a la vez; puede adquirir la sensación de liberación del temor así como un sentido de triunfo sobre el analista (a quien el percibe como preocupado pero impotente frente a la conducta autodestructiva del paciente).

Esta constelación autodestructiva plantea la cuestión del diagnóstico diferencial de varios tipos y grados de masoquismo. En un sentido clínico, la patología masoquista del carácter y los desarrollos masoquistas correspondientes en la transferencia, pueden clasificarse en un espectro de constelaciones, desde la más benigna a la más maligna. En un extremo encontramos los casos de masoquismo moral correspondientes a los sentimientos de culpa inconsciente, y el desarrollo de reacciones terapéuticas negativas que reflejan tal culpa inconsciente en la transferencia. Estos pacientes por lo general tienen rasgos de personalidad depresivo-masoquista y una estructura intrapsíquica tripartita bien integrada; incluso durante el "acting out" masoquista, las tendencias autodestructivas son cuando menos en forma parcial egodistónicas.

Un segundo nivel de patología masoquista del carácter y los correspondientes desarrollos en la transferencia, se reflejan en la estructura sadomasoquista de la personalidad y sus transferencias en las que se alternan la conducta sádica y masoquista y los rasgos contradictorios del carácter, reflejando a veces identificación con el agresor y a veces autocastigo egosintónico como una expresión de ataques inconscientes, que crean culpa, sobre el ahora proyectado atacante sádico. Las desviaciones sexuales masoquistas por lo general corresponden a uno de estos dos niveles de estructura masoquista de la personalidad, al igual que muchas perversiones sadomasoquistas.

En un tercer nivel de gravedad de tendencias autodestructivas encontramos las reacciones terapéuticas negativas como una expresión de envidia inconsciente del analista, un desarrollo que prevalece dentro de las transferencias de pacientes narcisistas y que requiere atención a largo plazo y trabajo elaborativo igual, pero no es esencialmente un aspecto del narcisismo maligno. Sin embargo, aquí el término *masoquismo* ya no se aplica como un autocastigo intencional, deseado. Por el contrario, la conducta autoderrotista es producto colateral de la necesidad del paciente de evitar la envidia respecto del terapeuta que lo ayuda.

En el nivel más grave de autodestructividad encontramos la tendencia hacia la identificación inconsciente con una imagen paternal sádica, primitiva, en la que el suicidio o la automutilación adquieren la función de la libre expresión de la agresión, un sentido de control total sobre el propio destino, y el castigo vengativo a un objeto (el analista) que difiere de o amenazaría

al objeto sádico primitivo con quien el paciente se identifica. Además, a este nivel la destrucción fantaseada o la desaparición del sí mismo se vuelve equivalente al poder sobre la persistencia o desaparición de todo el mundo. Aquí el sí mismo grandioso patológico, identificado con un objeto agresivo triunfante, sádico y cruel, refleja la condensación de libido y agresión en su nivel más maligno de regresión más grave. Cualquier amenaza que se perciba al control omnipotente del sí mismo grandioso sádico tiene que contestarse con la destrucción de dicha amenaza: básicamente, la función preservadora y enriquecedora de la vida que el terapeuta ejerce. Por último, en conexión con estos rasgos verdaderamente malignos de la autodestructividad como un rasgo de carácter activado en la transferencia, puede también haber un destello de esperanza de que el analista rescate al paciente de la muerte y la automutilación. Es el nivel más profundo de autodestructividad, la actuación de una identificación con una representación objetal sádica, primitiva, lo que se hace predominante en la transferencia de algunos pacientes con narcisismo maligno.

W.: Una mujer con personalidad narcisista, alcohólica crónica, expresaba continuamente rabia contra aquéllos que no habían sido criados igual que ella. En un mundo que ella experimentaba como el mundo helado de unos padres extremadamente ricos, emocionalmente inasequibles, irreprochablemente atentos pero distantes, interesados sólo en la conducta superficial de la paciente y sus hermanos, pero no en sus sentimientos ni bienestar emocional. W. de gran inteligencia y muy atractiva físicamente, trataba a los hombres con crueldad y se ahogaba en alcohol cada vez que sus intolerables anhelos de amor salían a la superficie.

En la transferencia, a veces me percibía como un ejemplar más de una imagen paternal poderosa e indiferente, inasequible, combinando rasgos de ambos padres, y contra la que ella sentía una rabia intensa. A veces ella me miraba como un terapeuta auténticamente agradable y amistoso pero titubeante e incompetente, incapaz de empatizar por completo con su sufrimiento o de resistir a sus poderes destructivos. En un nivel más profundo, ella tenía un fuerte resentimiento sobre la posibilidad de que yo pudiera vivir en un mundo no contaminado por las terribles experiencias de su propio mundo.

Desde el principio W. en forma triunfante me advirtió que el tratamiento estaba destinado al fracaso. Mi disposición a continuar a pesar de los episodios de grave "acting out" que implicaban abuso del alcohol así como otras conductas autodestructivas únicamente reforzó su opinión sobre mí. No obstante su actitud distante, petulante y crónicamente congelada, ella me transmitía una esperanza sutil aunque presionante de que yo me rendiría respecto a ella, de que yo la rescataría a pesar de ella misma. Sin embargo, la grandiosidad manifiesta y la actitud despectiva hacia mí, fueron muy efectivas para distorsionar la naturaleza de nuestra relación, de modo que tuvo que tomarse mucho tiempo para clarificar la naturaleza compleja de sus ardides autodestructivos y para manejar sus interminables esfuerzos por arruinar el tratamiento al movilizar a parientes y a otros profesionales para cuestionarme. W. por último, se cambió a otro psiquiatra directamente después de un intento de suicidio del que apenas logró sobrevivir. Este tratamiento, a su vez, se interrumpió unos meses después, y la paciente salió de la ciudad.

Otro paciente, el hijo de un cirujano prominente, sufría de una forma recurrente de cáncer en la piel y sintió un sabroso triunfo sobre mí al no haberme yo dado cuenta, durante varias semanas, de que el crecimiento canceroso había reaparecido en su piel y de que él había logrado esconderlo de un médico que lo examinó.

Otra paciente más, ilustración típica de los intentos crónicos de suicidio como "un estilo de vida", tuvo el siguiente sueño poco antes de un intento de suicidio importante. Soñó que era la asistente del director de un asilo quien había invitado a todos los parientes de sus ancianos clientes a una fiesta que se celebraría en otra parte. Después de alejarlos con extrema amabilidad y tacto, el director, con la ayuda de la paciente, reunió a todos los internados en un área cerrada y tapiada y procedió a darles muerte por medio de gas. En las asociaciones de este sueño, apareció que la paciente se identificaba en forma simultánea con el director asesino y con los internados victimados.

Deshonestidad en la transferencia

Me refiero aquí al paciente que en cierta etapa del tratamiento, oculta al terapeuta información importante de modo que la comprensión de éste sobre la situación de la transferencia y de la vida del paciente necesariamente debe afectarse.

Me referí a estos casos en el capítulo 18 al describir la deshonestidad grave y leve en la transferencia, incluyendo los casos relativamente menos graves de negación de la responsabilidad por las acciones propias. La deshonestidad grave y crónica en particular plantea la cuestión de si está presente un narcisismo maligno. Pero algunos pacientes combinan aspectos "leves" de deseos crónicos de suicidio con una falta en el asumir la responsabilidad de sus acciones y formas sutiles de deshonestidad; el resultado se traduce en narcisismo maligno en la transferencia.

Q. V.: Una paciente con tendencias crónicas al suicidio había estado murmurando en voz alta sobre su reciente liberación de los deseos suicidas. Esto me hizo preguntarme si esas referencias casuales podrían estar anunciando un nuevo intento suicida. Le pregunté si estaba cierta de que no tenía deseos suicidas en este punto y si debíamos considerar una vez más la posibilidad de que ella pudiera necesitar ayuda adicional para evitarse a sí misma actuar tales deseos.

Q. V. declaró categóricamente que no estaba en un ánimo suicida y me aseguró que no había riesgo de que pudiera intentar el suicidio. Yo dije que en otras ocasiones su ánimo había cambiado rápidamente; ¿estaba segura de que no actuaría sus deseos suicidas si su ánimo cambiaba de nuevo? Una vez más me aseguró que no llevaría a cabo ningún gesto suicida en su ánimo presente. Pero, añadió, claro que su ánimo podría cambiar, en cuyo caso lo que me aseguraba naturalmente ya no sería válido. Aquí la ausencia de un sentido de interés y responsabilidad por sí misma y los conflictos subyacentes que implicaban agresión disociada surgían directamente en la trans-

ferencia. Fue muy difícil en este caso señalar la agresión implícita hacia mí así como hacia ella misma. Tenía que liberarme primero de dejarme impresionar por la inexorable lógica de su declaración. En este caso un largo análisis de su devaluación de mi preocupación por ella, tuvo que preceder a la exploración de su propia devaluación, lo que reflejó en el nivel más profundo su identificación con una imagen materna "superior" e indiferente.

Expresión directa del triunfo sádico sobre el analista

Esta conducta incluye rabia egosintónica, consciente y devaluación del terapeuta acompañados por un sentimiento de triunfo sobre él al experimentarse su respuesta como menos sádica que la del paciente. El paciente puede insultar al terapeuta durante muchas sesiones, y el sentido egosintónico de certeza y seguridad con que trata al terapeuta como un idiota incompetente puede volverse abrumador. Los aspectos sádicos de esta devaluación pueden incluir amenazas de violencia u otras formas de agresión psicológica.

Esta constelación puede también designarse grandiosidad maligna: Un triunfo omnipotente sobre el analista por un largo periodo reconfirma la seguridad del sí mismo grandioso patológico del paciente, expresa la devaluación de y la venganza contra el amenazante mundo de relaciones objetales internas exitosamente exteriorizadas sobre el analista, y se acompaña a menudo por la extrema deshumanización en la transferencia. Esta característica se encuentra en un espectro de pacientes, desde la personalidad antisocial propia hasta ciertas personalidades narcisistas con rasgos paranoides y antisociales. Estos pacientes presentan tendencias despectivas egosintónicas muy fuertes y un sadismo bien racionalizado en sus relaciones con los demás. El mentir por lo general no llega a ser problema; de hecho, estos pacientes exhiben una afirmación justificante arrogante o sádica de su conducta antisocial. Los drogadictos con esta característica de personalidad experimentan un sentimiento de superioridad tan pronto como la droga los libera de su dependencia de los demás o de las gratificaciones controladas "externamente".

Como declaré al principio de este capítulo, el narcisismo maligno puede hacerse manifiesto en la transferencia ya sea desde el principio del tratamiento o después de un cierto periodo de tiempo, reflejando una regresión en la transferencia. Esta observación puede relacionarse con el diagnóstico diferencial de las constelaciones más graves de la infiltración agresiva del sí mismo grandioso, a saber: (1) la personalidad antisocial propia; (2) pacientes con desviaciones o perversiones sexuales que incluyen conducta sádica abierta y con amenaza a la vida; (3) personalidades narcisistas con ataques egosintónicos de rabia, rasgos antisociales o tendencias paranoides, y (4) personalidades narcisistas con características abiertamente límite. Este diagnóstico diferencial es importante porque las primeras dos categorías son por lo general intratables con la psicoterapia de expresión y presentan el síndrome de narcisismo maligno desde el principio. Todas las otras personalidades narcisistas, que pueden desarrollar narcisismo maligno en etapas posteriores de su tratamiento, tienen un pronóstico mucho más favorable.

La personalidad antisocial presenta, además de un trastorno típico narcisista de la personalidad, conducta antisocial crónica, incapacidad para experimentar culpa o preocupación, explotación despiadada de los demás por medios parasitarios o violentos, intolerancia a la ansiedad, y ausencia de un sentido realista del tiempo.

El sádico pervertido presenta conducta sádica abierta —ya sea ligada a otras actividades sexuales o no— que es intensamente excitante y gratificante y abiertamente violenta y peligrosa para la integridad física de los demás. Tales casos no experimentan culpa o remordimiento por su conducta fuera de los episodios sádicos, lo que fue cierto de un joven que golpeaba a las mujeres y les tiraba ladrillos desde la azotea cuando estaba sexualmente excitado.

Las categorías (3) y (4), además de no cumplir con los criterios para las categorías (1) y (2), presentan al principio rasgos grandiosos y despectivos. Sin embargo, estos rasgos al explorarse y confrontarse, resultan ser egodistónicos y conflictivos. El surgimiento en estos pacientes, de más tipos malignos de grandiosidad más adelante en el tratamiento, refleja una regresión en la transferencia que es pronósticamente grave, sin embargo, menos de lo que es la grandiosidad sádica, por completo egosintónica que es evidente desde el principio del tratamiento. La capacidad del paciente para establecer alguna relación dependiente con otras personas mejora la implicación pronóstica de este síndrome. Ya he descrito casos con estas características, que van desde la personalidad antisocial intratable a la narcisista con conducta antisocial egosintónica (ver capítulo 18); el narcisismo maligno y la patología grave del superyó van mano a mano.

CONSIDERACIONES TEORICAS

Bajo circunstancias óptimas, en las etapas avanzadas del tratamiento de personalidades narcisistas, uno observa una oscilación entre periodos de idealización y transferencias abiertamente negativas, en el contexto de las que son integradas en forma gradual relaciones objetales mutuamente disociadas, idealizadas y persecutorias. Las formas primitivas de idealizaciones basadas en autoidealización y la escisión de la idealización de la agresión se cambian hacia idealizaciones más maduras que son formaciones reactivas contra la agresión y contienen elementos de culpa. Las transferencias predominantemente negativas reflejan ahora conflictos edípicos y preedípicos condensados con imágenes paternales tempranas. La integración gradual de estas transferencias hostiles e idealizadas permite la integración de un sí mismo normal y una consolidación de la identidad del yo, y amplía la capacidad para mantener relaciones objetales en profundo, restableciendo así por igual la capacidad para la dependencia normal.

En la mayoría de los pacientes con personalidad narcisista, a pesar de la absorción prevaleciente de precursores idealizados del superyó en el sí mismo grandioso patológico, un remanente de precursores idealizados del superyó permanece fuera del sí mismo grandioso patológico. Este remanente se con-

densa con precursores sádicos anteriores del superyó, llevando a su neutralización mutua. La integración de estos precursores facilita la internalización y algún grado de integración de imágenes paternales más realistas ligadas a etapas edípicas posteriores, estableciendo así la base para funciones del superyó que permanecen asequibles aun cuando predomine el sí mismo grandioso patológico como el regulador principal de la autoestima. Estos pacientes, por regla, no desarrollan el síndrome de narcisismo maligno en etapas de regresión en la transferencia.

Comparando estos desarrollos relativamente benignos en las etapas avanzadas del tratamiento de personalidades narcisistas con los desarrollos malignos detallados en la sección anterior, nos encontramos con la naturaleza central de la patología del superyó en los casos malignos. Todos los pacientes con las regresiones malignas en la transferencia según descritos presentan típicamente lagunas en el superyó (Johnson, 1949), o la ausencia de un sentido ordinario de moralidad. En contraste, las personalidades narcisistas en fases avanzadas más benignas muestran alguna capacidad para la idealización no ligada a la autoidealización, para el compromiso e interés respecto a sus relaciones con los objetos, y para mantener un sentido ordinario de moralidad.

Propongo que el narcisismo maligno ilustra un nivel profundo de patología del superyó caracterizada por (1) la ausencia de precursores idealizados del superyó (sí mismo idealizado y representaciones objetales idealizadas que ordinariamente constituirían el yo ideal primitivo) que no sean aquellos integrados en el sí mismo grandioso patológico; (2) la predominancia del nivel temprano de precursores sádicos del superyó, que representan, por su poder desordenado, las únicas representaciones objetales internalizadas confiables asequibles, y (3) la consolidación intrapsíquica de un status quo en la fantasía que permite la supervivencia cuando las únicas representaciones objetales confiables asequibles parecerían ser de enemigos sádicos.

Si esta formulación es precisa, los casos de personalidad narcisista con narcisismo maligno en la transferencia iluminarían el núcleo mismo del complejo edificio constituido por los estratos sucesivos de integración del superyó originalmente descritos por Jacobson (1964). En todos estos casos, la resolución psicoanalítica del sí mismo grandioso patológico deja al descubierto la ausencia de precursores idealizados del superyó subyacentes (excepto aquellos que fueron absorbidos en el sí mismo grandioso patológico) y la predominancia sin oposición de precursores sádicos del superyó, no neutralizados, expresando una condensación de agresión preedípica y edípica en formas absolutas.

En ese punto, es como si las representaciones del sí mismo cargadas libidinalmente y las cargadas agresivamente estuvieran reforzando la predominancia de estos precursores sádicos del superyó. La misma fragilidad de las representaciones del sí mismo cargadas libidinalmente en presencia de los precursores agresivos primordiales y dominantes del superyó, indica el peligro de destrucción de cualquier cosa que no se ajuste a o se incorpore por el sadismo intrapsíquico dominante. Esto es, podríamos decir, una versión de lo que una persona normal experimentaría en el mundo de pesadilla de *1984* de Orwell. Las representaciones agresivas del sí mismo confirman, en presencia de estos precursores sádicos del superyó, que todas las interacciones humanas confiables, significativas son de naturaleza agresiva.

La cuestión de la etiología de estas regresiones en la transferencia y del narcisismo maligno en general se contesta más fácilmente en un contexto clínico que en un marco teórico. Los esfuerzos del analista por resolver las transferencias narcisistas en el aquí y ahora, por explorar los significados inconscientes de la transferencia del paciente como un primer paso antes de poder plantear la pregunta "¿de dónde viene todo esto?", representan un cambio seguro para el inicio de trabajo constructivo y reconstructivo. El paciente, como se enfatizó ya en el capítulo 12, tiene que modificar sus puntos de vista rígidos sobre el presente antes de estar listo para reexaminar sus mitos conservados rígidamente respecto a su pasado a la luz de nuevo material que va surgiendo en la asociación libre.

Teóricamente estas transferencias reflejan las vicisitudes de una formación temprana fallida del superyó y de una falta de consolidación de las relaciones objetales totales en el contexto de la integración de la identidad del yo. La pregunta puede, entonces, formularse así: ¿Qué experiencias reales y/o fantaseadas y/o qué defensas, contra ambas son responsables de una transformación maligna del mundo de las relaciones objetales, que lleva a la devaluación y esclavización sádica de relaciones objetales internalizadas potencialmente buenas por parte de un sí mismo integrado pero cruel, omnipotente y "loco" (Rosenfeld, 1971)? El sí mismo grandioso patológico y sádico reemplaza a los precursores sádicos del superyó absorbe toda la agresión, y transforma lo que de otro modo serían componentes sádicos del superyó en una estructura anormal del sí mismo que entonces milita contra la internalización de componentes posteriores más realistas del superyó.

Sugiero muy tentativamente que algunos o todos los aspectos del siguiente escenario del pasado del paciente están implicados aquí: (1) la experiencia de los objetos externos como omnipotentes y crueles; (2) un sentimiento de que cualquier relación mutuamente gratificante, buena, amorosa con un objeto es frágil, fácilmente destruida, y, aún peor, contiene la semilla del ataque por parte del objeto cruel y poderoso; (3) un sentimiento de que la sumisión total a ese objeto es la única condición para la supervivencia y que, por tanto, todos los lazos con un objeto bueno y débil deben cortarse; (4) una vez que la identificación con el objeto cruel y omnipotente se logra, una regocijante sensación de poder y gozo, de liberación del temor, el dolor, y el miedo, y el sentimiento de que la gratificación de la agresión es el único modo significativo de relacionarse con los demás, son los resultados; y (5) como alternativa, el descubrimiento de una ruta de escape con la adopción de una forma de comunicación completamente falsa, cínica o hipócrita, la erradicación de todo juicio que implique una comparación entre objetos buenos y malos, y la negación de la importancia de cualquier relación objetal o manejo exitoso en el caos de todas las relaciones humanas. En este último ejemplo la posición deshonesta del espectador inocente reemplaza la identificación peligrosa con el tirano cruel o la sumisión masoquista a él. Todos estos peligros, rutas de escape, y concepciones aterradoras de la realidad humana representan un deterioro extremo y dramático en las relaciones objetales internalizadas.

La condensación de derivados de impulsos sexuales y agresivos de estos pacientes es similar a la del espectro límite. Las fantasías sexuales de estos pacientes son sorprendentemente similares a las de los pacientes con perversiones sexuales. Hay una agresivización consistente de todos los deseos sexuales. La penetración genital se hace equivalente a destruir los genitales o a llenar las cavidades corporales con excremento. El pene como fuente de envenenamiento que invade el cuerpo es la contrapartida de los pechos cruelmente inasequible que sólo pueden ser incorporados a través de la destrucción canibalesca. La falta de diferenciación de metas sexuales, de modo que se condensan las fantasías orales, anales y genitales y expresan en forma simultánea impulsos y amenazas de todos los niveles del desarrollo psicosexual, corresponde a una desdiferenciación paralela de las características sexuales masculinas y femeninas, de modo que los impulsos homosexuales y heterosexuales se entremezclan en forma caótica. Estos pacientes presentan lo que Meltzer (1973), ha llamado "confusiones zonales" y rasgos de "transferencia perversa". La promiscuidad sexual puede defenderlos del involucramiento profundo con una pareja sexual que los amenazaría con la irrupción de violencia incontrolable. Estos pacientes también presentan "analización", la regresión sádica de todas las relaciones objetales que tiende a negar la diferenciación sexual y generacional (descrita por Chasseguet-Smirgel, 1978), en la que las relaciones objetales se "digieren" hasta un estado de "heces" no diferenciadas.

En esta formulación los síndromes de narcisismo maligno pueden entenderse como soluciones alternativas de compromiso para este dramático estado intrapsíquico asumido.

Las regresiones paranoides pueden verse como los intentos del paciente por identificarse con sus propios precursores sádicos del superyó como una alternativa para no ser atacado, humillado, destruido y explotado por estos mismos precursores proyectados sobre el analista. En forma similar, su súplica desesperada de que el analista no sea presa de estas distorsiones sádicas que demuestre bondad y confiabilidad, a pesar de o frente a la agresión del paciente, refleja una búsqueda de algún residuo de una buena relación objetal.

Cuando el paciente, en un intento de triunfo inconsciente sobre el analista, es crónicamente autodestructivo y suicida, se ha dado un proceso más maligno. El paciente ha internalizado el conflicto paranoide (externalizado bajo la regresión paranoide) y, por medio de un refusión regresiva en la fantasía, ha obtenido una identificación primitiva con el agresor simultáneamente con la representación del papel de víctima. Las automutilaciones del paciente y sus ataques suicidas desesperados, no sólo son un triunfo sobre sus necesidades sino también representan la liberación del temor por la identificación con el agresor y dejan un sentimiento profundamente gratificante de cercanía y pertenencia al unirse al agresor como víctima. Este tipo de masoquismo primitivo es visto al final de *1984* de Orwell en el amor de la torturada víctima hacia el "hermano mayor" sádico que por último destruirá su vida. La autodestructividad del paciente es un acto de desafío y reto a la capacidad del analista para enfrentarse a esta agresión masiva. El analista puede tener que probar su poder de supervivencia antes de que

pueda confiarse en su capacidad para el amor y en su confiabilidad. Es típico de estos desarrollos de la transferencia que la interpretación de los deseos de suicidio como un ataque sobre el analista disminuya las presiones suicidas y desenmascare una intensa rabia contra él.

Con la deshonestidad grave y crónica en la transferencia, se ha dado una deshumanización defensiva de todas las relaciones objetales, de modo que ya no hay peligro de que el amor sea destruido por el odio o de que el odio evoque represalias devastadoras. La mecanización de todas las relaciones objetales, el retraimiento de los compromisos emocionales profundos hacia una excitación puramente erótica y agresiva, elimina los peligros vividos plenamente en los otros modos de defensa. El poder de los precursores sádicos del superyó ha sido anulado al eliminar por completo la dependencia, eliminando expectativas y anhelos, gratificación y frustración, y, la intimidad. Jacobson (1971) señaló la necesidad urgente del paciente paranoide de traicionar, lo que refleja una reversión repetina a la rebelión agresiva de la sumisión masoquista a un enemigo temido. Estas reversiones aparecen en la historia de algunos pacientes paranoides y se repiten en la transferencia.

Por último, la identificación consciente con un agresor sádico justificado, niega la existencia de todas las necesidades de dependencia y de relaciones objetales, de toda la responsabilidad e interés por sí mismo o por los demás, y refleja una corrupción de todas las relaciones objetales y un tipo primitivo de identificación con el agresor. En casos extremos, esto transforma a la personalidad puramente narcisista en antisocial. He observado clínicamente (Kernberg, 1975), que en tanto que muchas personalidades narcisistas presentan rasgos antisociales (y esto empeora su pronóstico), todas las personalidades antisociales presentan las características de la estructura narcisista de la personalidad además de la destrucción particularmente grave de las funciones de su superyó.

En resumen, propongo que el desarrollo de un sí mismo grandioso patológico empobrece en forma significativa el funcionamiento normal del superyó porque los precursores idealizados del superyó se incorporan en este sí mismo grandioso patológico. Este desarrollo deja sin neutralizar y claramente predominantes a los precursores sádicos del superyó y propicia su proyección bajo la forma de rasgos paranoides de la personalidad como una alternativa a una consolidación del superyó con un sadismo excesivo autodirigido. Bajo circunstancias óptimas, ciertos precursores idealizados de éste permanecen asequibles para la neutralización de los precursores sádicos del superyó y permiten la internalización de los niveles posteriores de introyectos del superyó determinando así la capacidad para la moralidad ordinaria y protegiendo la capacidad para algún grado de relaciones objetales ordinarias, de dependencia e interés, junto con un sentido de responsabilidad personal.

Cuando, en las personalidades narcisistas, los conflictos graves alrededor de la agresión temprana resultan en precursores abrumadoramente sádicos del superyó estos residuos de funciones neutralizadas del superyó fallan; también sufren menoscabo la moralidad ordinaria y, con ella, la capacidad para el interés, responsabilidad y sentimientos de culpa. Al mismo tiempo, dado el fortísimo poder de las relaciones objetales sádicas internalizadas,

la condensación del sí mismo grandioso con la agresión compensa la debilidad y fragilidad potenciales de todas las relaciones objetales idealizadas, y el sí mismo grandioso patológico se hace poderoso y sádico y consolida la corrupción general de los sistemas de valores internalizados. Hay un paralelo entre la disponibilidad de algún compromiso en las relaciones objetales, cuando menos la esperanza de la posibilidad de amor, y la ausencia de los aspectos más malignos de deterioro del superyó reflejados en los rasgos antisociales. El deterioro grave y corrupción de las relaciones objetales primitivas y de los remanentes de una capacidad para funciones del superyó van juntos; de hecho, estas condiciones están íntimamente relacionadas en sus orígenes.

Consecuentemente, la búsqueda por parte de algunos pacientes de un sentido primitivo de la bondad, felicidad, logro y bienestar a través del alcohol, drogas o tipos fragmentados de sexualidad puede considerarse que contiene la semilla de lo que podría convertirse en una búsqueda del amor, en contraste con la cualidad fría, deshumanizada, vengativa, destructiva del psicópata. Sin embargo, al mismo tiempo, para algunos pacientes el sí mismo grandioso patológico puede proporcionar una estructura intrapsíquica más tendiente a la adaptación que las tendencias gravemente paranoides o primitivamente masoquistas de las que esta estructura los protege. Hay algunas personalidades narcisistas cuyo sí mismo grandioso patológico no debiera analizarse; más bien, debería intentarse un tipo de psicoterapia de apoyo encaminado a mejorar la adaptación a sí mismos y a su realidad psicosocial.

CONSIDERACIONES TECNICAS

Muchas de las consideraciones técnicas que se dan a continuación pueden incorporarse al psicoanálisis y a la psicoterapia psicoanalítica; otras requieren la introducción de parámetros de técnica lo que hace cuestionable la posibilidad de conservar un marco psicoanalítico.

Revisando todos los tipos de narcisismo maligno en las regresiones en la transferencia ya descritos, resultarían los siguientes puntos básicos respecto a la probabilidad de resolución terapéutica de estas regresiones: (1) la capacidad remanente del paciente para mantener una relación dependiente hacia el psicoanalista, (2) la capacidad del paciente para tolerar el mantener una situación psicoterapéutica o psicoanalítica cuando predominan las transferencias negativas fuertes, y (3) la disponibilidad de arreglos para el tratamiento que protejan en forma realista al paciente de un "acting out" seriamente destructivo o autodestructivo que pudiera poner en peligro no sólo la continuación del tratamiento sino la vida misma del paciente (o al analista mismo).

Desde un punto de vista práctico, la tarea más urgente al tratar las regresiones malignas en la transferencia es limitar las acciones destructivas o autodestructivas del paciente. Es importante que el analista sea capaz de trabajar sin temor a ataques físicos. Como en el tratamiento de consultorio de los pacientes psicóticos, la primera tarea del analista es asegurar un grado realista de seguridad para el paciente y para sí mismo más que suponer en forma omnipotente que él puede manejar cualquier situación que pudiera surgir. La fuerte autodestructividad física necesita estar suficientemente bajo control para que el analista tenga campo libre para la intervención interpretativa. Lo mismo se aplica para pacientes cuya conducta agresiva pueda amenazar la vida o bienestar de los demás.

Por ejemplo, un paciente cuyo comportamiento incluye, el control de su entorno inmediato por medio de amenazas físicas repetitivas con un arma, debe renunciar a esta conducta antes de que su significado pueda entenderse y trabajarse elaborativamente. Esto no significa que el analista deba comenzar a dar órdenes al paciente pero sí que discuta con el paciente las razones de la necesidad de que éste controle esta conducta. El terapeuta debe dejar claro que tal conducta debe estar firmemente bajo control como una condición para continuar el tratamiento. El análisis de esta desviación de la neutralidad técnica puede y debe seguir después. Por ejemplo, con pacientes que sufren de anorexia nerviosa, es indispensable que se logre y mantenga un peso óptimo antes de emprender la exploración psicoanalítica de los conflictos subyacentes.

Un segundo nivel de prioridad es el análisis de la mentira crónica. En tanto se esté usando la comunicación verbal en forma primordial para destruir una relación honesta entre paciente y terapeuta, lo demás tendrá que esperar. Este hecho de mentir tiene que ser clarificado, confrontado y resuelto, analíticamente si es posible, o mediante un control social externo y confrontación consistente (lo que por lo general indica la necesidad de psicoterapia de apoyo). El análisis consistente de la deshonestidad como un problema importante en la transferencia lleva con frecuencia a su resolución gradual en el contexto de la reactivación de las relaciones objetales subyacentes involucradas paranoides, primitivamente masoquistas o corruptas.

Un tercer nivel de prioridad es el análisis de la incapacidad crónica del paciente para depender realmente del analista. Esta es la resistencia más típica a la transferencia en el caso de personalidades narcisistas, a la que me he referido en forma más externa previamente (capítulos 12 y 17).

La característica más sobresaliente de la activación del sí mismo grandioso infiltrado agresivamente, es la necesidad de destruir al analista psicológicamente: sus interpretaciones, creatividad, sus valores como un objeto bueno autónomo y sus posesiones. Las motivaciones inconscientes para estas necesidades implacablemente destructivas incluyen envidia del analista como un objeto nutriente —típica de las personalidades narcisistas en general— y, más allá de eso, envidia del analista por no ser la víctima de la misma patología que el paciente. La conciencia aguda de que el analista pueda gozar su propia vida se hace intolerable al paciente aprisionado por su sí mismo grandioso, sádico.

Además del "acting out", la envidia consciente e inconsciente, estos pacientes, mientras representan su sí mismo grandioso y sádico en la transferencia, pueden inconscientemente proyectar sobre el analista los remanentes de su sí mismo bueno, infantil, potencialmente dependiente, por mantener la seguridad. Esta es una repetición en la transferencia del aprisionamiento intrapsíquico de, y el ataque sádico sobre, la parte sana de su sí mismo infantil por la parte sádica, patológicamente grandiosa. La misma proyección para

la conservación inconsciente de la seguridad puede también implicar remanente de sus representaciones objetales buenas.

Un paciente me describió a su nueva novia. En contraste con las diversas mujeres que había mencionado, esta joven sonaba más real, y yo podía visualizarla con más claridad; mi experiencia de ella, a través de la narración de él, era la de alguien muy decente y agradable. Cuando señalé este cambio en la naturaleza de su descripción, el paciente de inmediato y en forma irónica descalificó lo que dije, añadiendo en forma triunfante que ya estaba perdiendo interés en la joven. Durante las siguientes semanas experimenté una sensación de duelo por la pérdida de su relación con esta mujer. Planteé la pregunta al paciente de si él estaría tratando de inducir en mí un sentimiento de duelo por una relación que él no se atrevía a experimentar en forma personal. Esta interpretación fue recibida primero con sonrisas despectivas y eventualmente con la acusación airada de que, en mi manera tortuosa, yo estaba tratando de hacerlo sentir culpable. Sin embargo, varias semanas después, el paciente fue capaz de reconocer que lamentaba y sentía su culpa por la forma como había tratado a esta mujer a quien ahora reconocía como muy valiosa.

El tipo de esfuerzo más frecuente para destruir las interpretaciones del analista, su seguridad interna, y su creatividad como terapeuta se expresa cuando el paciente en forma incansable devalúa el proceso analítico, con quejas crónicas de que el tratamiento no está ayudando, de que el analista no está diciendo nada nuevo, y así sucesivamente, mientras de manera simultánea devalúa rápidamente y en forma perentoria cualesquiera interpretaciones subsecuentes que el analista pudiera ofrecer. El paciente puede rechazar de repente el cuidadoso trabajo interpretativo realizado durante un periodo de muchas sesiones. Lo que es más característico e impactante es que en dichos momentos de rechazo —que para el paciente son ilustraciones aparentemente notorias del fracaso del analista— el paciente aparece feliz y triunfante. De hecho, es esta expresión de triunfo después de demoler las interpretaciones del analista, en fuerte contraste con las quejas crónicas de que no parecen venir nuevas intervenciones del analista, es esta expresión, repito, la que proporciona el indicio a la función inconsciente del sentimiento del paciente de que no está siendo ayudado.

Si el analista ahora intenta interpretar la devaluación por parte del paciente de sus interpretaciones, la respuesta más característica del paciente es rabia porque se le "lave el cerebro" y por ser sujeto a lo que él considera intentos de control omnipotente y sádico. De hecho, un desarrollo frecuente en estos casos es el poner en acto la lucha del poder en la transferencia y la proyección de deshonestidad y control sádico sobre el analista. Los siguientes casos ilustran estos rasgos:

X.: Un hombre son personalidad narcisista y regresión paranoide en la transferencia, me señaló en una ocasión que yo le había cobrado una sesión que habíamos acordado cancelar. Dijo esto con un aire de tal naturalidad y certeza que, a pesar de que yo no tenía ninguna indicación por escrito o recuerdo alguno sobre el acuerdo, yo reconocí que podría haberme equivocado y no le cobré esa sesión. Cuando unos meses después, se repitió la misma situación, me sentí bien seguro de que no era probable que yo hubiera cometido el mismo error dos veces. Le pregunté a **X.**, si no podría él estar equivocado. Reaccionó con intensa rabia, acusándome en forma vehemente de estar mintiendo. Mis esfuerzos por explorar con él la naturaleza de estas fantasías sólo aumentaron su rabia, su sentimiento de que yo lo estaba acusando de ser un mentiroso, y su firme percepción de lo que él describía como mi crueldad y cinismo al estar dispuesto a mentir para proteger mi infalibilidad. Cuando traté de ligar su percepción de mí con su percepción sorprendentemente similar de su madre, cuya experiencia se la presentaba como altamente manipuladora, autojustificante y deshonesta, protestó furiosamente contra mis esfuerzos por exonerar a su madre al igual que a mí mismo.

Este desarrollo en la transferencia desapareció en forma gradual sin ser resuelto. Después de unas semanas, la actitud de **X.** se volvió la de una víctima generosa dispuesta a perdonar y olvidar. Al parecer había resuelto la espantosa contradicción entre su confianza en mí como analista y su convicción de que yo le había mentido atribuyendo mi "error" a un proceso inconsciente en mí, reflejando sentimientos negativos contra él de los que yo no estaba consciente, y a mi naturaleza básicamente orgullosa y terca, lo que él estaba dispuesto a tolerar a causa de mis rasgos favorables como su analista.

Unos meses después, una enfermedad grave de un miembro de su familia requirió que **X.** se ausentara de la ciudad, y yo cambié algunas de sus citas para hacer posible conservar la continuidad de su tratamiento. En ese punto, yo estaba más que alerta respecto a cualquier malentendido sobre nuestros horarios y me dí plena cuenta de lo extremadamente controlado que me sentía por parte de él en cuanto a nuestros arreglos, en particular en lo que se refería a sus honorarios mensuales. Y, por supuesto, la misma situación se repitió, y **X.** de nuevo me acusó de haberle cobrado de más.

Ahora me mantuve firme al afirmar que el error era suyo, y que este error debía reflejar la activación de un problema importante en su vida intrapsíquica en la relación conmigo. **X.** estaba muy sorprendido de que, después de haberle mentido dos veces (como ahora aseguraba nuevamente con total convicción), yo me atreviera no sólo a jugar el mismo truco una vez más sino a acusarlo de mi propia conducta. Se hizo muy obvio para mí de que había no sólo un resurgimiento inmediato de sus arranques paranoides previos en la transferencia sino también una intensificación de ellos, reflejando una acumulación de episodios de este tipo no resueltos previamente. Su regresión paranoide había claramente asumido proporciones ilusorias.

Señalé a **X.** que yo creía en la sinceridad de sus afirmaciones, que no tenía duda de su convicción de que él tenía razón, y que, por dolorosa que esta debía ser para él, tenía que decirle de mi convicción igualmente fuerte de que yo no le había mentido; de hecho yo había tomado tantas precauciones respecto a su cuenta que yo estaba absolutamente seguro que no le había cobrado de más. Añadí que él tendría que considerar si yo también estaba completamente convencido de lo que estaba diciendo —aunque según su opinión totalmente equivocado— o si estaba en verdad mintiendo. Si él creía que yo estaba mintiendo, él tendría que concluir que no podía ser confiable como su analista, porque lo menos que uno puede esperar de su propio analista es que sea absolutamente honesto con sus pacientes.

X. fue tomado por sorpresa por lo que dije y preguntó si eso significaba que lo estaba echando. Le aseguré que yo no quería echarlo pero que no veía ninguna alternativa excepto estas dos conclusiones para él: O bien, los dos vivíamos en este momento en dos realidades incompatibles, como si uno de nosotros estuviera loco, o por otra parte, él estaba en tratamiento con un mentiroso cínico, crónico y despiadado. El paciente entonces me acusó muy enojado de acusarlo de estar loco. Le dije que si era cierto que estábamos viviendo en realidades mutuamente irreconciliables, ambos deberíamos estar teniendo una experiencia similar a la de una persona normal que se enfrenta a la locura, y yo me preguntaba si él podía tolerar una experiencia así.

El paciente se puso ahora más considerado. Dijo que él en realidad no creía que yo estuviera mintiendo o que él estuviera loco. Yo dije que me daba cuenta de lo penoso que era enfrentarse con un mundo de locura, ya sea en sí mismo o en una persona muy importante para él. Esta declaración marcó el inicio de la reanudación del trabajo psicoanalítico, con el establecimiento de un parámetro de técnica: nuestro reconocimiento mutuo de la incompatibilidad total de nuestra comprensión de la realidad como un tema básico a ser explorado en el tratamiento. Debería yo añadir que, frente a la imposibilidad (cuando menos temporal) de resolver la identificación proyectiva de X. mediante la interpretación, una postura firme sobre un límite mínimo de realidad en la situación del tratamiento facilitó la continuación del mismo.

Una vez que el paciente se da cuenta que el analista puede tolerar las concepciones mutuamente incompatibles de la realidad de ambos, quizá él mismo pueda tolerar este estado de cosas, un primer paso hacia su reconocimiento de su pérdida de la prueba de realidad. El paciente puede ahora desarrollar una tolerancia a vivir la experiencia de un estado psicótico: una convicción ilusoria respecto al analista. En esencia, la capacidad del analista para tolerar la realidad psicótica del paciente puede llevar a que el paciente tolere un núcleo psicótico en sí mismo, un reconocimiento que propicia el reestablecimiento de la prueba de realidad en la transferencia. El mismo enfoque técnico puede ser útil en el caso de desarrollos alucinatorios, seudoalucinatorios, e ilusorios en la situación de tratamiento. La atribución del paciente al analista de rasgos grandiosos, sádicos, deshonestos y aún ilusorios puede a menudo reflejar características similares a las que el paciente había descrito en sus figuras paternales. Las cualidades paternas y maternas, reales y fantásticas, pueden combinarse para consolidar el sí mismo grandioso sádico. Pueden activarse, así antecedentes genéticos importantes de la consolidación del sí mismo grandioso directamente y por identificación proyectiva en la transferencia. Sin embargo, es característico de estos desarrollos en la transferencia, que por lo general fallen los intentos de interpretación que buscan los lazos con sus antecedentes genéticos. La principal razón es que por lo general es imposible interpretar distorsiones en la transferencia en términos del pasado antes de que la transferencia se haya vuelto egodistónica.

El analista puede estar tentado a convenir con el paciente en que sus padres deben haber sido en verdad tan terribles como él percibe ahora que es el analista. Pero tal reconocimiento es muy cuestionable desde un punto de vista teórico y clínico. Primero, el analista no está en posición de saber si los padres del paciente eran de hecho según se les describe o si la descripción corresponde a una distorsión intrapsíquica antigua o retrospectiva; segundo, su reconocimiento de la realidad de las percepciones del paciente respecto de sus padres puede calmar en forma temporal al paciente pero generalmente es seguido por esfuerzos reforzados por convencer al analista que su conducta es por igual imposible.

Si el analista intenta someterse al control grandioso y sádico del paciente, el resultado puede ser desplazar de nuevo la transferencia negativa sobre los objetos paternales y otros objetos, pero el precio pagado es la imposibilidad de elaborar plenamente o de trabajar elaborativamente este paradigma central de la transferencia.

En corto plazo, la postura firme del analista sobre la realidad puede aumentar la rabia del paciente y tentarlo a dejar la sesión, a veces incluso el tratamiento, o, con más frecuencia, a continuar sus ataques sobre el analista. A la larga, y bajo circunstancias óptimas, el paciente puede eventualmente ser capaz de aceptar la realidad de sus distorsiones respecto de la conducta del analista y experimentar culpa e interés por sus ataques irracionales sobre el analista, pero también alivio porque éste ha sobrevivido a estos ataques y aún está allí, asequible emocionalmente para él.

Estos desarrollos positivos durante un periodo de tiempo largo tienen una función terapéutica crucial. Son señal del inicio de la liberación del sí mismo normal, dependiente del paciente de su aprisionamiento por parte del sí mismo grandioso, patológico, sádico. El reconocimiento del paciente de su propia agresión inapropiada y su desarrollo subsecuente de la capacidad para experimentar culpa e interés pueden señalar el inicio de la internalización de precursores normales del superyó y de una relación objetal en profundo que tolere la ambivalencia e implique la integración inicial de relaciones objetales totales, en contraste con relaciones objetales parciales.

El riesgo de la interrupción prematura del tratamiento y de ciclos viciosos crónicos de ataque y de lo que se experimenta como contraataque por parte del paciente, es la contrapartida negativa de esta resolución exitosa de la activación de esta transferencia extremadamente regresiva.

Para resolver los desarrollos paranoides a largo plazo en la transferencia se requiere que el analista sea paciente, alerta y firme. Es importante subrayar, desde el principio, el riesgo de que el paciente pueda interrumpir el tratamiento e interpretar esto como un triunfo de su sí mismo grandioso sobre su sí mismo normal que anda en busca de la sanidad. Es por igual importante que el paciente se llegue a dar cuenta de que el analista puede sobrevivir sin él y que, en contraste con la ilusión (o engaño inconsciente) del paciente de que su sí mismo grandioso patológico controla al mundo, el analista continuará perfectamente bien y por su cuenta aun si el paciente termina el tratamiento. Es también importante interpretar los esfuerzos del paciente por distorsionar el hecho de que el analista no se sienta amenazado por la potencial interrupción del tratamiento como queriendo decir que el analista lo está rechazando o que él le es indiferente.

En el tratamiento de pacientes con narcisismo maligno, he encontrado útil mantener en mente que los objetivos del trabajo interpretativo son, primero, conservar una afirmación de la realidad consistente en la situación del tratamiento interpretando todas sus distorsiones y, segundo, ayudar al paciente a llegar al punto donde él pueda reanudar la exploración de su propio inconsciente mediante la asociación libre, en contraste con el hecho de enfocar todas sus energías en explorar y controlar la mente y las comunicaciones del analista. En otras palabras, el marco de referencia dentro del cual las transferencias regresivas del narcisismo maligno tienen que ser trabajadas elaborativamente es la meta de la restitución o iniciación de una relación analítica ordinaria, en la que el paciente pueda permitirse depender en verdad del analista al explorar su inconsciente en la reconocida presencia del analista, ya no experimentada como algo maligno.

El sí mismo grandioso patológico, sádico ataca sin errar cualquier cosa que el paciente viva en su experiencia como lo más útil. Lo maligno de esta destrucción de lo que es útil explota particularmente el hecho de que todas las interpretaciones son hipótesis, a ser confirmadas o rechazadas por las reacciones inconscientes del paciente hacia ellas. Si las reacciones del paciente son altamente negativas hacia las hipótesis interpretativas que le impactan como correctas, surge una situación muy difícil. El analista debe diagnosticar e interpretar el que derribe de inmediato aquello que es útil. Esto a menudo significa que tiene que pensar en el paciente entre sesiones. Dicho de otra forma, estas transferencias tienden a ocupar la mente del analista más allá de las sesiones, y dicha preocupación debería entenderse no como una reacción patológica de contratransferencia sino como una reacción normal a transferencias muy destructivas.

El "acting out" de la agresión hacia el analista puede tomar la forma de la falta a las sesiones, no pagar las cuentas, calumniar al analista, y hasta robar objetos suyos o destruir objetos en su oficina, adoptar una conducta hostil real fuera de las sesiones contra el analista o personas relacionadas con él, o llevar a cabo gestos suicidas como una expresión inconsciente de triunfo sobre el analista que fracasa. Además de la interpretación consistente —en particular de la actitud contradictoria de un paciente que se aferra al tratamiento en tanto que al parecer está totalmente dedicado a hacer esfuerzos por destruirlo— estos desarrollos pueden requerir que el analista ponga límites más allá de los cuales él no continuará con el tratamiento. Señalar el júbilo del paciente durante su conducta devaluadora, sádica en las sesiones puede ayudarle a darse cuenta de los aspectos destructivos de lo que él racionaliza como "indignación justificable".

Cuando un paciente amenazó con tirarme un pesado cenicero, discutí con él si él podía asegurarme que era capaz de controlar tales impulsos; de otro modo, dije, yo no podría continuar la sesión con él. Otro paciente solía levantarse del diván para sentarse en una silla en un extremo del cuarto y leerme, con voz llena de rabia, un libro de técnica psicoanalítica con recomendaciones que él sentía eran totalmente opuestas a las mías. Aquí, no había amenaza de violencia física, y yo no sentí que se necesitara ninguna acción de mi parte para mantener los límites de la situación analítica. Un tercer paciente una vez salió violentamente de mi oficina y me gritaba desde el corredor, donde otros pacientes y demás personal circulaba, que él pensaba que me debían cancelar la licencia médica de inmediato. En este caso yo le dije firmemente que continuaría con su tratamiento sólo si me hablaba con maneras que conservaran la privacía de nuestro intercambio.

Discutir los problemas en forma abierta con el paciente antes de que sean incontrolables puede prevenir la interrupción repentina del tratamiento iniciado no sólo por el paciente sino también por el analista. Tengo la experiencia de varios casos de narcisismo maligno en los que el analista intentó mantener una apariencia de una relación analítica al no interpretar la conducta agresiva del paciente y poco después tomó la decisión relativamente repentina de terminar con el tratamiento.

El paciente puede intentar destruir lo que recibe del analista e intimidarlo de varios modos sutiles. Puede usar lenguaje que al parecer indique "insight" o que exprese fantasías o curiosidad sobre el analista. Algunas declaraciones como "le eché de menos después de la última sesión" o "me siento bien con lo que Ud. está diciendo", o el hecho de que un paciente pida la clarificación de una interpretación puede parecer traer un alivio temporal de tensiones casi inaguantables en la situación del tratamiento. Sólo en retrospectiva se reconocen tales declaraciones como vacías de significado. Sin embargo, después de un periodo el analista aprende a reconocer por su tono o ubicación temporal en las horas de sesión el mal uso de estas comunicaciones verbales. Otros pacientes pueden intentar "lavarle el cerebro" al analista con teorías idiosincrásicas sobre la conducta humana y efectivamente ocupan mucho tiempo con estas teorías en tanto que desarrollan un "acting out" de los aspectos principales de la transferencia en un área diferente. Los pacientes que mienten crónicamente al analista pueden transmitir una artificialidad en la situación analítica que el analista primero atribuye a su propia dificultad para experimentar empatía con el paciente. El analista puede buscar razones más profundas en la contratransferencia para este fracaso en la empatía, sólo para descubrir muchos meses después que la comunicación plena se ha restablecido en el tratamiento que él había estado registrando acertadamente los "como si" de la transferencia, lo que Bion (1970), podría haber designado una relación de transferencia "K" o "parasitaria".

Y.: Un prominente político con personalidad narcisista y un tipo disociado de actividad homosexual (episodios homosexuales que eran altamente egosintónicos durante su desarrollo pero repudiados por completo por él mismo en otros momentos) encubría la naturaleza de sus escapadas homosexuales, insinuando sólo en forma indirecta que él recogía hombres en los baños públicos en áreas de la ciudad donde, a causa de su prominencia pública, podía ser reconocido y fácilmente chantajeado. Sus vagas referencias a diversos episodios en los que él pensaba que había sido reconocido finalmente me alertaron sobre el grave peligro en que se estaba colocando. Mis esfuerzos insistentes por clarificar este problema lo llevaron a acusarme en forma enojada de un prejuicio puritano convencional y antihomosexual. Pero también me veía como un tonto porque era yo muy lento para darme cuenta del peligro que su comportamiento estaba provocando, un peligro que él también experimentaba como sumamente emocionante. También

se hizo claro que, en tanto que él me estaba comunicando su conducta peligrosa, sentía que era mi responsabilidad estar preocupado por ella y que no tenía necesidad de sentirse culpable. En resumen, yo era o un enemigo sádico tratando de acabar con él y destruir su único placer en la vida, o un terapeuta indiferente, distante, totalmente egocéntrico, o si no, un tonto ingenuo.

Y., es interesante hacerlo notar, describía con gran detalle aventuras ocasionales triangularizadas y complejas, como su búsqueda de hombres que estuvieran dispuestos a dejarlo ir a la cama con sus esposas a cambio de su sumisión homosexual a ellos, cuyas implicaciones edípicas se reflejaban en las abundantes asociaciones que ligaban estas experiencias con su niñez. La urgencia de explorar su actual "acting out", el extremo peligro de sus continuas actividades homosexuales peligrosas, caían así a último término, hasta que desperté a las urgencias reales de su situación vital total. Aquí, la autodestructividad grave y la falta de honestidad en sus comunicaciones constituían conjuntamente una resistencia importante a la transferencia que requería trabajo elaborativo antes de que pudieran elaborarse aspectos adicionales del material total. El análisis consistente de estas diversas alternativas, y de que estuviera jugando a la ruleta rusa mientras me externaba sus conflictos relacionados con su mínimo interés por sí mismo, finalmente transformó ese "acting out" repetitivo en un conflicto intrapsíquico.

La confrontación consistente del terapeuta al paciente que miente crónicamente puede vivirse en la experiencia como un ataque sádico. De hecho, los pacientes que presentan patología grave del superyó a causa de su intolerancia de precursores sádicos del superyó y su proyección de estos precursores sobre los demás —típicamente el analista— vivirán como un ataque sádico cualquier comentario que señale a sus problemas de conducta ética, interés, responsabilidad o culpa. Es posible que el analista, en la contratransferencia, pueda experimentarse como un persecutor sádico.

El analista tiene que ser firmemente moral, aun si el paciente lo acusa de ser enjuiciador. A veces, la necesidad del analista de reasegurarse a sí mismo y al paciente de que, a pesar de la conducta de éste, el analista todavía lo acepta y "empatiza" con él, puede ser mal utilizado por el paciente. El interpreta la comprensión y tolerancia del analista como una sutil complicidad con la conducta antisocial. De esta forma el analista puede involuntariamente y sin darse cuenta, fomentar una corrupción en la transferencia la que, si bien puede reducir la intensidad de la regresión paranoide, en realidad la reemplaza con el problema más maligno de un mayor deterioro del funcionamiento del superyó del paciente.

Es inevitable transformar primero la deshonestidad en la transferencia en transferencias fuertemente paranoides, en el curso de las que los conflictos primitivos con precursores sádicos del superyó son traídos a la situación de la transferencia y pueden más adelante trabajarse elaborativamente allí. Los peligros, entonces, son: primero, pasar por alto en forma "inocente", seductora o juguetona, la deshonestidad en la relación terapéutica, lo que fomenta mayor corrupción del potencial del superyó del paciente; y, segundo, si se desarrolla la regresión paranoide pero se trabaja elaborativamente en

forma completa, ocurre una rigidización en la transferencia en un punto de dicha regresión paranoide.

Una vez que el paciente ha sido capaz de reconocer la naturaleza fantástica de sus distorsiones paranoides respecto del psicoanalista y, en este contexto, la naturaleza inapropiada de sus violentos ataques sobre él, algunos periodos de reacciones depresivas y de culpa graves pueden señalar su tolerancia de las funciones internalizadas del superyó —en otras palabras, la reinternalización de sus precursores agresivos del superyó y autodirección de la agresión de éstos.

La capacidad para una relación objetal en profundo que el analista trae al tratamiento de estos pacientes gravemente enfermos, su absoluta honestidad e incorruptibilidad, proporcionan un marco implícito de una relación objetal potencial normal que es inasequible al paciente por largos periodos del tratamiento pero que al final óptimamente estará a su alcance emocional. La falta de capacidad para relaciones objetales dependientes normales, una capacidad que damos por sentada en el paciente ordinario que entra a psicoanálisis, se vuelve el principal obstáculo en el tratamiento de pacientes con grave psicopatología narcisista pero también parte del marco de referencia del analista que le permite clarificar la naturaleza de esta dificultad y resolverla analíticamente. A este respecto, el paciente tratable con narcisismo maligno representa una expresión extrema del reto y ataque sobre una relación objetal tan básica, y la capacidad del analista para tolerar dicho ataque es una condición más para la capacidad de tratamiento para dichos pacientes.

En todos los tipos de narcisismo maligno que he descrito, las relaciones objetales que yacen detrás de las fantasías conscientes y preconscientes sobre el analista deben explorarse plenamente. La imagen que el paciente tiene del analista como alguien sádico, deshonesto, indiferente, abrumador, corrupto y estúpido, su percepción inconsciente del analista como un asesino, un psicópata, o un tonto desmañado, necesita abrirse plenamente de modo que él pueda descubrir el origen de estas distorsiones.

Cuáles experiencias reales o fantaseadas de la niñez temprana, cuál interrelación entre la fantasía inconsciente y las experiencias reales, fueron responsables de este estado de cosas es otro problema, menos importante como teoría para manejar el narcisismo maligno que la expectativa de que, en el proceso de resolver este patrón en la transferencia, se clarificará el camino que lleva de regreso a este desastre del desarrollo temprano.

V. Tratamiento Hospitalario

20

Filosofías contrastantes del tratamiento hospitalario para la psicopatología grave

CONTRIBUCIONES PSICOANALITICAS AL TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Durante la primera mitad de este siglo los grandes hospitales estatales, con población de cientos a miles de pacientes, tenían como tarea esencial proteger a la comunidad de los pacientes mentales y proporcionar durante largo plazo un entorno de apoyo para estos pacientes en el que pudiera aplicarse el tratamiento médico. Fue en los pequeños hospitales psiquiátricos privados con población de 50, o menos, a 300 pacientes, en donde la alta relación personal/paciente permitió el desarrollo de una nueva filosofía del tratamiento hospitalario basada en principios psicoanalíticos.

Esta nueva corriente se expresó a través de tres enfoques paralelos: el interpersonal, culturalista, de Harry Stack Sullivan (y el relacionado con este: "psicobiológico" de Adolf Meyer); el de la psicología del yo, aplicado por William Menninger, Robert Knight y Paul Federn; y el enfoque británico de relaciones objetales, aplicado primero por Thomas Main a "casos especiales" (la mayoría de ellos, pacientes con organización límite de la personalidad) en el hospital y en forma gradual integrado con el enfoque sociológico de Alfred Stanton y Morris Schwartz (Kernberg, 1976, 1980).

El enfoque de Sullivan

El trabajo de Sullivan en el Sheppard y Enoch Pratt Hospital, en Towson, Maryland, de 1923 a 1930 y de manera subsiguiente en el Chestnut Lodge

Sanitarium en Rockville, Maryland, se resume en diversos trabajos teóricos y clínicos por Sullivan mismo (1953a, 1953b, 1954, 1956, 1962) y por sus discípulos principales, en particular Frieda Fromm-Reichmann (1950), Harold Searles (1965), y Otto Will (1967). Estos puntos de vista fueron reforzados por las formulaciones de Adolf Meyer (1957), sobre tratamiento hospitalario, las que logró en forma independiente en el Johns Hopkins Hospital, y por el trabajo de Lewis Hill (1955), en el Sheppard-Pratt.

Sullivan enfatizó que la investigación psicológica puede aplicarse sólo a situaciones interpersonales, que pueden ser experiencias intrapsíquicas reales o fantaseadas. Subrayó que las necesidades corporales instintivas están condensadas normalmente con nuestra necesidad de otros seres humanos y propuso que la disociación entre los esfuerzos por gratificar necesidades corporales básicas y los esfuerzos para sentimientos de seguridad derivados del aprecio de los demás (que determinan la autoestima) es una causa básica de la psicopatología. En un cierto nivel de gravedad, la disociación de la satisfacción de la necesidad de la satisfacción de la seguridad produce una grave disociación de angustia de un sí mismo bueno de un sí mismo malo, y una transformación malévola de la capacidad normal para la ternura hacia una suspicacia y odio a sí mismo paranoides.

La tarea esencial del tratamiento hospitalario es vencer esta disociación mediante interacciones psicoterapéuticas interpersonales intensas con el terapeuta, que ponen en el foco de atención las necesidades disociadas y permiten la resolución de las distorsiones ("paratáxicas") de la transferencia. La resolución de la angustia grave ligada a estos conflictos disociadores fomenta el crecimiento en la relación interpersonal que el paciente establece con el terapeuta.

La estructura social del hospital tiene como objetivo facilitar el acopio de información sobre todas las interacciones del paciente. Se le permite expresar sus necesidades regresivas patológicas sin ser rechazado o abandonado. El personal del hospital deberá interactuar con el paciente en términos de su disponibilidad como personas más que como una función de técnicas específicas. Toda la información obtenida del paciente y sus interacciones dentro del entorno del hospital deberán canalizarse al terapeuta, de modo que él pueda integrarla y usarla en su trabajo psicoterapéutico.

El psicoterapeuta, con sus intervenciones interpretativas, es el principal instrumento terapéutico. La transferencia negativa del paciente se interpreta a la luz del significado de las distorsiones paratáxicas que son representadas. La transferencia positiva se utiliza mayormente para facilitar el crecimiento del paciente a través de la reanudación del desarrollo normal de gratificaciones interpersonales en la situación terapéutica y secundariamente en relaciones promotoras del crecimiento con otros miembros del personal por igual. Según Searles (1965), establecer una relación "simbiótica" en la terapia de pacientes esquizofrénicos y aclarar en forma gradual los límites del yo del paciente y la realidad de la situación, permiten al paciente separar su sí mismo del terapeuta y consolidar los límites de su yo.

En resumen, la orientación de Sullivan se centra en la dinámica de la interacción continua en el hospital, en la participación alerta de todo el personal para reunir información, y en la interpretación de todas las interac-

ciones por parte del terapeuta. El programa del medio hospitalario deberá facilitar la psicoterapia, pero no es tan esencial como las interacciones del paciente con el terapeuta y la disposición dentro del hospital de modelos individuales con quienes el paciente se identifique.

El enfoque de la psicología del yo

De 1927 a 1931, Ernst Simmel (1929), en el Tegel Sanitarium cerca de Berlín, intentó desarrollar nuevos métodos de tratamiento hospitalario basados en principios psicoanalíticos. Después que los nazis cerraron el sanatorio, las ideas de Simmel inspiraron a William Menninger (1936, 1943) y, después, a Robert Knight (1953a, 1953b).

La orientación de la psicología del yo de estos autores, enriquecida en forma gradual por las teorías de Paul Federn (1952), Heinz Hartmann (1964), y David Rapaport (1967), se centraba en el tratamiento hospitalario, no de pacientes esquizofrénicos (interés principal de Sullivan), sino de pacientes con graves neurosis y patología del carácter. Fue cuando estudiaba a este grupo de pacientes cuando Knight desarrolló su conocimiento pionero de los trastornos límite, primero en el C.F. Menninger Memorial Hospital en Topeka, Kansas (entre 1937 y 1951), luego en el Austin Riggs Sanitarium en Stockbridge, Massachusetts.

En este concepto de la psicología del yo, el hospital constituye un entorno protector que permite el diagnóstico de las transferencias del paciente en tanto que lo protege contra las consecuencias del "acting out" destructivo o autodestructivo. La transferencia del paciente puede ser hacia los otros miembros del personal o toda la institución así como hacia el terapeuta, de modo que toda su conducta debe explorarse. El tratamiento hospitalario deberá incluir psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis así como una restricción selectiva de conductas inapropiadas, el análisis de estas conductas, y la explicación de la necesidad de esta restricción.

Al mismo tiempo, el hospital deberá proporcionar salidas socialmente aceptables para las necesidades del instinto. El programa de actividades terapéuticas debe fomentar la expresión sublimada de las necesidades agresivas. Las experiencias de trabajo, recreación, estudio y expresión artística (las cuatro áreas principales de actividades terapéuticas en el hospital) ofrecen oportunidades para compromisos de adaptación entre impulso y defensa y por tanto tienen funciones directas de fortalecimiento del yo. La disponibilidad de una estructura hospitalaria óptima, organizada de una manera ni demasiado rígida ni demasiado relajada, también tiene funciones promotoras del yo. La vida diaria en el hospital brinda experiencias de crecimiento y aprendizaje al elevar directamente la autoestima del paciente como consecuencia de su funcionamiento más efectivo en el hospital, disminuyendo los temores del paciente a impulsos inconscientes al brindar controles externos, y ofrecer nuevos modelos para identificación.

Este concepto de tratamiento hospitalario ambiental motiva la involucración activa del paciente en actividades terapéuticas durante su estancia en el hospital. Este enfoque estaba en la misma línea que la psicoterapia de apoyo que Knight (1953b), sistematizó para pacientes límite, una estrategia de tratamiento que subrayaba la búsqueda de una expresión más adaptativa del impulso y la defensa mediante la interpretación en forma selectiva de algunas áreas mientras se dejaban sin tocar otras, y reforzando en forma directa las funciones adaptativas y sublimatorias del yo igualmente en las horas de terapia.

Federn (1952), en su trabajo con pacientes psicóticos se centró en la pérdida de límites del yo, lo que él pensaba que era experimentado por los pacientes como la pérdida de un órgano de los sentidos (que ayuda al yo a distinguir la realidad de la fantasía). Esta pérdida era determinada, según él, por un retraimiento de las catexias libidinales de los límites del yo. En el tratamiento psicoterapéutico de pacientes esquizofrénicos, Federn sugirió, que era importante fomentar la recatexia de los límites del yo al subrayar la delimitación entre el sí mismo del paciente y los demás, centrando el interés y carga libidinal del paciente en una relación de transferencia positiva con el terapeuta y evitando desarrollos negativos en la transferencia, y proporcionando una estructura clara a su alrededor para facilitarle la rediferenciación de su entorno. La estructura hospitalaria se prestaba para este enfoque psicoterapéutico. El hospital limita claramente el espacio, tiempo, papeles, y actividades, facilitando así la reconsolidación de los límites del yo a través de todas las actividades diarias e interacciones del paciente.

El concepto de Hartmann (1964), de la esfera libre de conflictos del yo también influyó en el enfoque de la psicología del yo para el tratamiento hospitalario. La terapia ambiental hospitalaria podía aprovechar los recursos del yo del paciente al promover cualquier fuerza residual que él tuviera y al evitar experiencias regresivas que motivarían la expresión de agresión primitiva, no neutralizada y que llevaría a mayor pérdida de los límites del yo. En resumen, el enfoque de la psicología del yo subrayaba la importancia de un entorno estructurado centrado en la confluencia de rasgos fortalecedores del yo en el entorno y en la psicoterapia del paciente, y eliminó el énfasis de la exploración de la transferencia negativa en pacientes con debilidad del yo, en particular en pacientes psicóticos (donde la mayor parte del peso del tratamiento estaba puesta en el programa ambiental hospitalario).

Los enfoques de relaciones objetales de la psicología del yo

El enfoque de relaciones objetales de la psicología del yo deriva de una variedad de fuentes, algunas de ellas británicas, otras norteamericanas. Mis propias ideas sobre el tratamiento hospitalario caen bajo este encabezado.

Thomas Main (1957), describió las reacciones de grupo de las enfermeras que trataban a pacientes límite (y algunos psicóticos) que se habían convertido en "casos especiales" en el Castle Hospital cerca de Londres. Main observó que estos pacientes activaban fenómenos de grupo en el personal de enfermería similares a los de los "grupos de suposiciones básicas" descritos por Wilfred Bion en 1952.

Después Bion (1961), elaboró más sobre su teoría de los fenómenos regresivos que ocurren en los grupos pequeños cuando la estructura de su tarea (grupo de trabajo) falla. Bion describió el desarrollo de ciertas reac-

ciones emocionales básicas dentro de este grupo ("grupo de suposiciones básicas"), reacciones que existen de manera potencial en todo momento pero que se activan especialmente en momentos de crisis del grupo de trabajo. Sus descripciones de la suposición "pelea-escape", la "dependiente", y la de "emparejar" son suficientemente bien conocidas para requerir mayor elaboración aquí. Lo que es relevante aquí es la conclusión de Main de que los pacientes con regresión (particularmente los límite) pueden, bajo ciertas condiciones, activar sus relaciones objetales intrapsíquicas en relaciones interpersonales con el personal del hospital logrando en su campo social la reposición en escena de los conflictos de su mundo intrapsíquico. La activación de la proyección masiva, la necesidad de control omnipotente, la negación, la idealización primitiva, y, sobre todo, la escisión en el personal de cuidado, refleja los mecanismos intrapsíquicos del paciente y los medios conductuales por los que las relaciones con el personal se distorsionan por el mundo intrapsíquico del paciente.

En 1954 Alfred Stanton y Morris Schwartz, en un estudio clásico basado en su investigación en Chestnut Lodge, propusieron que la estructura social y administrativa del hospital psiquiátrico tiene un impacto importante sobre el funcionamiento individual del paciente y que la patología social refuerza la psicopatología individual. Stanton y Schwartz estudiaron los efectos de las crisis en la moral del personal y del desacuerdo encubierto entre el personal sobre la excitación patológica de los pacientes, en particular la activación del síndrome de "caso especial". Ilustraron cómo las "escisiones" y el conflicto encubierto en los campos interpersonales y sociales del hospital pueden intensificar los conflictos intrapsíquicos y la desorganización en los pacientes límite y en algunos psicóticos.

Stanton y Schwartz y Main proporcionaron así un grupo complementario de formulaciones que iluminó la relación entre el conflicto social en el hospital y los conflictos intrapsíquicos en los pacientes con regresión grave. El hallazgo de que los conflictos intrapsíquicos de los pacientes y las divisiones y tensiones dentro del sistema social del hospital se refuerzan entre sí, constituye un puente muy importante entre la comprensión del hospital como un sistema social y la comprensión de la activación de la patología de las relaciones objetales internalizadas de pacientes en ese sistema social.

Estos descubrimientos y consideraciones teóricas me llevaron a investigar las formulaciones teóricas generales de la escuela británica de relaciones objetales, en especial la descripción de Fairbairn (1954), y de Melanie Klein (1940, 1945, 1946), de las operaciones defensivas primitivas, las relaciones objetales primitivas, la agresión primitiva, y las transferencias primitivas que reflejan todos estos factores.

Las ideas del trabajo pionero de Main en 1957, de Bion (1952, 1961), y de Stanton y Schwartz (1954), fueron integradas primero en una filosofía del tratamiento hospitalario y aplicadas en el Menninger Hospital al inicio de la década de 1970 (Kernberg, 1976). Estos conceptos también influyeron en la contraparte americana del Tavistock Institute for Human Relations en Londres, el A.K. Rice Institute de la Washington School of Psychiatry, que aplicó las contribuciones de Kenneth Rice a la psicología de grupo (1965), en conferencias para profesionales de la salud mental en E.U.A. a partir de fines de la década de 1960. El diagnóstico de las operaciones defensivas primitivas, en particular los mecanismos de escisión, en el paciente y en el grupo social bajo los efectos de las interacciones patológicas del paciente en el hospital, dieron como resultado un énfasis correspondiente en la interpretación de las transferencias primitivas en la psicoterapia de pacientes límite y psicóticos hospitalizados y el acentuar la agresión primitiva como una fuente fundamental de conflictos intrapsíquicos.

Este trabajo interpretativo con la transferencia difería de los enfoques de Federn (que había recomendado construir sobre la transferencia positiva y evitar la transferencia negativa) y de Sullivan (que se centraba en el potencial de crecimiento de los desarrollos actuales en contraste con el análisis de problemas genéticos, intrapsíquicos, en la transferencia). Al mismo tiempo, el lazo teórico entre las ideas de Stanton y Schwartz sobre el ambiente hospitalario y los descubrimientos de Main respecto a las funciones intrapsíquicas del paciente, sugirió que el ambiente del hospital tenía un uso terapéutico además de servir como un instrumento fortalecedor del yo. Podía servir como un escenario dentro del cual los conflictos intrapsíquicos del paciente podían representarse en el contexto de procesos de grupo, pueden diagnosticarse en el campo social por personal del hospital, y vueltos a tratar en el trabajo psicoterapéutico individual con el paciente.

Así, el enfoque de las relaciones objetales de la psicología del yo incluía una atención renovada sobre la psicoterapia psicoanalítica –en especial en pacientes con patología grave del carácter y organización límite de la personalidad– una exploración psicoanalítica de los procesos de grupo y una reorganización del tratamiento hospitalario para permitir una combinación de estos métodos individuales y grupales. En contraste con la psicoterapia de apoyo en trastornos límite y las funciones de apoyo correspondientes del ambiente hospitalario desarrolladas por Knight, este nuevo enfoque enfatizaba la interpretación de la transferencia del paciente en la psicoterapia individual y los procesos regresivos de grupo en el hospital.

ENFOQUES SOCIOLOGICOS

El descubrimiento de Stanton y Schwartz (1954), de que el desacuerdo encubierto entre el personal podía causar conducta regresiva en pacientes a nivel individual, indicaba los efectos potencialmente antiterapéuticos del tratamiento hospitalario. William Caudill (1958), en el Yale Psychiatric Institute (otro pequeño hospital psiquiátrico orientado psicoanalíticamente) estudió los efectos de las relaciones entre el personal y los pacientes sobre el desarrollo de éstos en lo individual en el entorno hospitalario. Encontró que aislar a los pacientes del personal, auspiciado por una estructura hospitalaria jerárquica, afectaba en forma negativa al tratamiento de los pacientes individualmente así como su funcionamiento como grupo. Caudill describió cómo el hecho de imponer un "papel de paciente" al paciente, a través de las presiones de los pares para la socialización y aceptación del sistema de valores de los doctores, junto con la oposición de los paciente a la

autoridad (en particular al personal de enfermería), fomentan la ignorancia mutua de pacientes y personal, el que se forme estereotipos, y que se alternen permisividad y restricción bajo la forma de "mares de fondo" culturales, lo que influye fuertemente en todo tratamiento que se lleve a cabo en el hospital.

Ivan Belknap (1956), y Erving Goffman (1961), estudiaron los efectos de la estructura social del hospital sobre el tratamiento de pacientes psiquiátricos en instituciones públicas grandes. Sus conclusiones subrayaron más que los investigadores mencionados, los efectos regresivos y degradantes del sistema jerárquico tradicional de los hospitales grandes donde el deterioro del autorrespeto del paciente y la atmósfera general de prisión complementaban el control arbitrario y autoritario ejercido por los niveles más bajos del personal organizado jerárquicamente. Goffman comparó la vida en los hospitales psiquiátricos grandes con sus estudios de otras "instituciones totales", como ejércitos, prisiones, campamentos de trabajo, barco en altamar y monasterios. Señaló las discrepancias dramáticas entre los objetivos ideales de las instituciones y su funcionamiento real determinado por la conveniencia y la tradición. Goffman describió la "deshumanización" del paciente de modo que pudiera manejarse sólo como una unidad más del "montón", la regulación de todas las actividades por el "sistema de privilegios", que consiste en esencia en medir la sanidad del paciente en términos de su obediencia, y el proceso por el que el paciente se acomoda a las condiciones reales de la vida institucional.

Como resultado de estos estudios e informes en la década de 1950, se desarrolló un fuerte consenso en la década de 1960, de que los grandes hospitales psiquiátricos públicos tradicionales incluían importantes rasgos antiterapéuticos y que la hospitalización a largo plazo en sí misma podría afectar en forma adversa al tratamiento de muchos pacientes. Esta convicción se mezcló en forma gradual con las ideas políticas que prevalecían en la década de 1960, cuando estaba siendo cada vez más cuestionada la autoridad tradicional en general. La oposición a la guerra en Vietnam, las aspiraciones de la contracultura y la influencia en E.U.A. del movimiento de antipsiquiatría que estaba evolucionando entonces en Europa, dieron como resultado un fuerte giro en la brújula. Se cuestionó al tratamiento hospitalario en general, y se buscaron alternativas a la hospitalización a largo plazo (en algunos casos alternativas a todo el tratamiento hospitalario de pacientes psiquiátricos).

Sin embargo, paradójicamente mientras las conclusiones de estos estudios sociológicos cuestionaban el tratamiento psiquiátrico en los hospitales en general, surgió una tendencia contraria del estudio de los rasgos autoritarios de los pequeños hospitales psiquiátricos. Esta tendencia contraria era el esfuerzo por transformar el hospital psiquiátrico tradicional en un sistema social no autoritario, inspirado democráticamente. El objetivo era brindar a los pacientes nuevas fuentes de crecimiento emocional y autoestima a través de su participación para determinar la naturaleza y actividades de su vida diaria en un entorno protegido. Aquí, convergían los estudios sociológicos de Stanton y Schwartz y de Caudill y los diversos enfoques psicoanalíticos.

El concepto de la comunidad terapéutica surgió como un desafío a los efectos regresivos y antiterapéuticos del modelo médico jerárquico tradicional del hospital psiquiátrico. Main (1946), y Maxwell Jones (1953), desarrollaron originalmente el concepto de la comunidad terapéutica como una modalidad de tratamiento; sus objetivos incluían la democratización del proceso del tratamiento. La modalidad de tratamiento de comunidad terapéutica, es una elaboración del "enfoque de equipo" para diagnóstico y tratamiento que ha surgido en forma gradual en la psiquiatría contemporánea. Tradicionalmente la autoridad de toma de decisiones se distribuye entre diversas disciplinas según las tareas que cada una desempeña. En la comunidad terapéutica típica, el objetivo es minimizar los niveles jerárquicos que se originan en la experiencia profesional, grados, títulos, y aumentar al máximo la democracia en el proceso de toma de decisiones.

Los modelos de comunidad terapéutica fueron desarrollados en diversos hospitales de E.U.A., en la década de 1960, en especial en Fort Logan, en Colorado, en Austin Riggs, y en el Yale Psychiatric Institute. Estos experimentos tempranos fueron seguidos por aplicaciones en el Menninger Hospital, en el New York State Psychiatric Institute, y en la Westchester Division del New York Hospital.

Así, mientras el mar de fondo antiautoritario y prodemocrático de la década de 1960 fomentaba la crítica de los hospitales psiquiátricos, simultáneamente dio como resultado el desarrollo de nuevos modelos experimentales de administración hospitalaria que ligaban la estructura administrativa con el uso de proceso de grupo. También facilitó el examen del sistema social total en el que el paciente desarrollaba su vida en el hospital. Los enfoques de comunidad terapéutica fortalecieron los nuevos conceptos derivados psicoanalíticamente del tratamiento hospitalario y enriquecieron en forma dramática el arsenal de técnicas y modalidades para el tratamiento dentro del hospital psiquiátrico. Desde una perspectiva histórica, estas dos tendencias contradictorias de la década de 1960, una hacia la eliminación de los hospitales psiquiátricos —en particular del tratamiento hospitalario a largo plazo— y la otra hacia el enriquecimiento del tratamiento hospitalario con nuevas modalidades terapéuticas, reflejaron una nueva fase en la dialéctica entre las grandes instituciones públicas y los pequeños hospitales psiquiátricos.

Prevaleció la primera tendencia a corto plazo, a principios de la década de 1970 —hacia la restricción significativa y eliminación del tratamiento hospitalario. Pero en la segunda mitad de la década de 1970 los resultados de vaciar los grandes hospitales estatales generó una conciencia moderadora de las diferencias entre los conceptos ideológicamente determinados de eliminar el tratamiento institucional, por un lado, y la realidad de las oportunidades para los pacientes en alternativas como pacientes externos, por el otro.

PSIQUIATRIA COMUNITARIA, DESINSTITUCIONALIZACION Y TRANSINSTITUCIONALIZACION

La introducción de neurolépticos en la década de 1950, que se ampliaron en forma gradual a un vasto arsenal de tratamiento psicofarmacológico en

la década de 1960, contribuyó a una disminución dramática en la población de pacientes residentes de los grandes hospitales mentales estatales y provinciales en E.U.A. Desde una gran cantidad de 559,000 en 1955, el número disminuyó a 200,000 en 1970 y a 193,000 en 1976. Esta tendencia se reforzó por el aumento de centros comunitarios de salud mental en todo el país a finales de la década de 1960 y principios de la década de 1970.

Las fuertes corrientes ideológicas que incorporaban la crítica social de los efectos negativos de la institucionalización, la filosofía de la "antipsiquiatría" (que consideraba sospechoso todo tratamiento que se basara en modelos médicos jerárquicos tradicionales y quería promover la autonomía, autorespeto y autodeterminación de los pacientes psiquiátricos), las aspiraciones democráticas de la comunidad terapéutica, el optimismo generado por los efectos del tratamiento psicofarmacológico y el movimiento comunitario de salud mental –todo esto combinado promovía la desinstitucionalización de los pacientes mentales como una aspiración primordial de la profesión psiquiátrica. Diversos descubrimientos de la investigación, altamente publicitarios porque encajan en esta atmósfera social, indicaban la efectividad de las alternativas a la hospitalización.

Pasamanick y cols. (1967), compararon una población de pacientes hospitalizados con una que recibía cuidado doméstico cuidadosamente diseñado. Un número notablemente menor de los pacientes hospitalizados pudieron permanecer en la comunidad después de completar su tratamiento comparado con los pacientes de la población de cuidado doméstico. Sin embargo, un informe de un seguimiento de cinco años, presentaba un panorama más pesimista, sugiriendo que había poca diferencia entre los pacientes bajo cuidado doméstico y los hospitalizados; el seguimiento mostró que los resultados eran uniformemente malos. Herz (1971; Herz y cols., 1975), al comparar el tratamiento hospitalario diurno con el de internos en una población seleccionada porque ambas modalidades se consideraban apropiadas para ella, concluyó que estos últimos tenían una tasa más alta de readmisión que los primeros y que después de cuatro semanas había ocurrido una pequeña mejoría pero estadísticamente importante en los pacientes diurnos sobre los internos. En una revisión crítica de investigaciones y literatura recientes sobre las ventajas y desventajas de la hospitalización, Herz (1980), concluye que el hospital diurno es no sólo una alternativa factible para el cuidado de pacientes internos sino que puede ser por lo general preferible excepto para pacientes agudamente psicóticos, gravemente perturbados, y pacientes agudos crónicos gravemente impedidos, que no tienen sistemas sociales de apoyo adecuados en la comunidad.

Al volver a mirar los esfuerzos de investigación que apoyaron la suposición de que las alternativas a la hospitalización pueden ser preferibles en el tratamiento de muchos pacientes psiquiátricos, no se puede evitar notar la diferencia entre la calidad del cuidado alternativo brindado en los estudios experimentales y las alternativas reales disponibles para la gran mayoría de pacientes psiquiátricos. La ideología de la "antihospitalización" inhibió una evaluación completa de los costos sociales y financieros de los arreglos para tratamiento alternativo en comparación con los del tratamiento hospitalario para pacientes mentales.

En muchos casos, las legislaturas estatales y los comisionados de salud mental adoptaban en forma entusiasta la filosofía de la deshospitalización porque significaba una disminución importante en la población de internos de su sistema y, por tanto, en la carga económica para los gobiernos estatales. El resultado fue una extraña alianza entre las legislaturas preocupadas por lo económico y los administradores psiquiátricos, por una parte, y los psiquiatras idealistas de salud mental de la comunidad, por la otra. Y cuando decenas de miles de pacientes fueron literalmente expulsados de las grandes instituciones hacia las comunidades locales sin sistemas de apoyo adecuados, estas comunidades protestaron. De 1975 a 1980 numerosas encuestas e informes revelaron las tristes condiciones de vida de los antiguos pacientes mentales desinstitucionalizados. Se hizo evidente que un efecto de la desinstitucionalización había sido una "transinstitucionalización" (Robert Michels, comunicación personal); los enfermos crónicos habían sido simplemente tirados de la sartén al fuego. Ahora vivían en asilos de bajo nivel, mal diseñados, supervisados en forma inadecuada y en otros lugares indeseables.

Otra consecuencia negativa de permitir que tomaran precedencia las consideraciones ideológicas sobre las necesidades de los pacientes fue evidente en el funcionamiento de muchos centros de salud comunitarios. Para democratizar el tratamiento, se hicieron esfuerzos para involucrar a la comunidad local en las funciones de liderazgo en estos centros. La "participación" comunitaria (interpretada por muchos como control comunitario) garantizada por grupos asesores asignados que representaban los intereses de los consumidores y de los ciudadanos, en la práctica fomentó una organización política de ciertos grupos comunitarios que utilizaban la participación en centros de salud mental comunitarios para propósitos sólo indirectamente relacionados con el tratamiento de los enfermos mentales. En algunos casos los profesionales de la salud mental, en un esfuerzo por involucrar a la comunidad local en el tratamiento de pacientes mentales, entrenaron a no profesionales para hacerse cargo de las funciones de los profesionales, descuidaron el control de calidad, y permitieron un deterioro de la calidad de los servicios que llevó, en algunas circunstancias a graves conflictos políticos entre grupos comunitarios y oficiales de la salud mental.

Quizá el problema más grave que desanimó notablemente al movimiento de salud mental comunitario y trajo una gran decepción en la segunda mitad de la década de 1970, fue la discrepancia entre las muchas funciones que se esperaba que realizaran y lo inadecuado de su personal. De nuevo, el choque entre ideología y buenas intenciones, por un lado, y las realidades fiscales y requisitos técnicos, por el otro, fue dramático. En un esfuerzo por controlar el costo de operar los centros de salud comunitarios, se hicieron esfuerzos consistentes para reemplazar a los profesionales más caros (psiquiatras) por otros menos costosos y entrenados, conduciendo a una notable disminución del nivel de funcionamiento profesional, desengaños por parte del personal profesional más entrenado (y, por lo mismo, que había trabajado de más), insatisfacción con la calidad del cuidado médico brindado, síntomas de agotamiento, y por último, el abandono del sistema de salud mental comunitario por parte de los psiquiatras. En retrospectiva, la polarización entre tratamiento hospitalario y comunitario parece motivada ideológica y técnicamente

absurda. Con base en la evidencia clínica y de investigación, el modelo óptimo de cuidado parece ser un amplio espectro de modalidades psiquiátricas del tratamiento, que incluyen la disponibilidad de tratamiento hospitalario a corto y largo plazo junto con la hospitalización parcial y todas las otras modalidades como paciente externo.

UNA VISION CONTEMPORANEA DEL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO HOSPITALARIO

Quizá la tendencia más importante que ha surgido en años recientes es el reconocimiento de la necesidad de desarrollar servicios específicos para poblaciones específicas de pacientes, en contraste con la tendencia tradicional a tratar a todos los pacientes mentales como un grupo homogéneo.

Dentro del hospital psiquiátrico mismo, se necesitan servicios específicos para servir a diferentes poblaciones. Por ejemplo, un gran hospital psiquiátrico estatal debería idealmente estar subdividido de modo que brinde servicios de tratamiento intensivo y de largo plazo. Dentro del servicio a largo plazo, algunas instalaciones deben estar equipadas para el tratamiento intensivo de patología del carácter, otras para pacientes psicóticos crónicos, gravemente dañados, otras para el apoyo y cuidado de pacientes con enfermedad orgánica grave (cada una con personal diferente y programas diferentes). Los hospitales psiquiátricos pequeños tendrán necesariamente que especializarse en sólo algunas áreas, excepto donde la proporción personal/paciente sea muy alta; la variedad de tratamientos ofrecidos podría entonces aumentarse pero los costos por tratamiento serían muy caros igualmente.

La expectativa de estancia promedio para los servicios hospitalarios para tratamiento intensivo, de corto plazo fluctuaría de 30 a 90 días. Estos servicios serían ideales para tratar enfermedad psicótica aguda y brindar un rango amplio de diagnósticos y tratamientos médicos y psiquiátricos, así como un uso sofisticado del arsenal de la psicofarmacología, la rehabilitación psicosocial, y la iniciación del cuidado de convalescencia. Estos servicios intensivos pueden especializarse además en el tratamiento de alcoholismo y drogadicción, trastorno emocional, esquizofrenia o psicosis reactiva transitoria, que reflejan síndrome orgánico cerebral agudo o la regresión temporal de trastornos límite. Los servicios especializados para pacientes internos niños y adolescentes representan la modalidad más altamente diferenciada del tratamiento hospitalario. Puede desarrollarse en forma concomitante alguna intervención en crisis con hospitalización breve, aunque la mayor parte de las intervenciones en crisis se desarrollarían en un entorno de hospital diurno o como paciente externo.

La hospitalización a largo plazo es la indicada para pacientes con regresión crónica que no han respondido al tratamiento y no tienen capacidad para funcionar en nada sino en un hospital bien estructurado, y para pacientes con episodios psicóticos frecuentes y prolongados, donde parecen ser indicadas las modalidades psicoterapéuticas y las psicofarmacológicas. La hospitalización a largo plazo es la indicada para pacientes con patología grave del carácter y trastornos límite que son extremadamente autodestructivos o que presentan un funcionamiento tan desorganizado que necesitan la protección del hospital para participar en un programa terapéutico.

Los pacientes con organización límite de la personalidad y un control de impulsos bajo, con "acting out" grave, reacción terapéutica negativa, baja motivación para el tratamiento y rasgos antisociales son los prevalentes en este grupo. Sin embargo, su programa, puede ser diferente del que se requiera para un subgrupo de pacientes esquizofrénicos que no respondan al tratamiento psicofarmacológico y parezcan potencialmente responsivos a la psicoterapia intensiva. Este subgrupo también requiere hospitalización a largo plazo pero con una estructura de tratamiento hospitalario diferente. Los modelos de comunidad terapéutica son indicados particularmente en el tratamiento a largo plazo de patología del carácter y trastornos límite, en tanto que versiones modificadas de la comunidad terapéutica pueden tener algún valor en el tratamiento hospitalario a largo plazo de los pacientes esquizofrénicos también.

La hospitalización a largo plazo encaminada principalmente a funciones de custodia es indicada para pacientes cuyo tratamiento activo ha probado ser inefectivo y que no tienen la capacidad para vivir en un entorno menos estructurado que un hospital psiquiátrico. En suma, parece haber más conciencia de que una población de pacientes relativamente pequeña pero significativa, de enfermos psicóticos y orgánicos, crónicos y graves, requiere de un apoyo de custodia, y de que el entorno de un hospital contemporáneo funcionando en forma óptima puede ser mucho más preferible para ellos que una existencia vegetativa en la periferia de la comunidad local.

La investigación y experiencia clínica respecto a la efectividad de los hospitales diurnos ha establecido la importancia de esta modalidad terapéutica. Los hospitales diurnos pueden ser una alternativa viable para la intervención en crisis aguda a corto plazo para todos los casos que requieren hospitalización a largo plazo pero donde es suficiente una estructura más restringida, como la que puede brindar el hospital diurno. Por ejemplo, muchos pacientes límite podrían tratarse en un hospital diurno como una alternativa a la hospitalización a largo plazo, en tanto que la destructividad grave y autodestructividad de otros pacientes límite contraindicarían cualquier otra cosa que no fuera hospitalización completa. Otros programas de hospitales diurnos deberían centrarse en las necesidades transicionales de los pacientes que se están cambiando de un tratamiento hospitalario, especialmente de largo plazo, a uno como pacientes externos y se van a incorpor a la comunidad.

Los objetivos y técnicas del tratamiento deberían variar en forma clara para cada uno de estos grupos de pacientes. Por ejemplo, el tratamiento psiquiátrico como interno, encaminado a lograr un cambio estructural intrapsíquico significativo en la organización límite de la personalidad de modo que el paciente pueda cambiarse a un entorno de tratamiento como paciente externo que no le era posible antes, requiere de psicoterapia intensiva en el hospital y el diagnóstico y utilización terapéutica de procesos de grupo y modelos de comunidad terapéutica. Este programa es muy diferente de lo que se requiere para el apoyo social continuo y la rehabilitación gradual de pacientes esquizofrénicos crónicos con una regresión grave.

Una distribución funcional de los recursos humanos y económicos dentro del gran hospital psiquiátrico podría permitirle brindar en algún grado el tratamiento intensivo que brinda el hospital pequeño. Modificar de esta forma los grandes hospitales públicos eliminaría sus notables diferencias del pequeño hospital psiquiátrico privado.

El desarrollo de servicios geriátricos especiales es una nueva tendencia que puede cambiar en forma dramática el medio hospitalario para pacientes mayores que antes eran mezclados en forma indiscriminada con la población esquizofrénica crónica. Estos servicios especiales a corto y largo plazo pueden contribuir en forma muy importante a una estancia hospitalaria reducida para algunos pacientes geriátricos, en particular aquellos con trastornos emocionales.

La función del hospital diurno como un entorno de transición para pacientes previamente internos se complementa con el desarrollo de casas de media pensión, programas de vida en apartamentos (donde los antiguos pacientes de hospital comparten responsabilidades y la vida en un entorno de departamentos), cuidado casero, y clubes y organizaciones sociales de pacientes externos que pueden organizarse cerca de las clínicas de pacientes externos.

El concepto de continuidad en el cuidado ha sido revisado en forma crítica recientemente. Es caro y por lo general no funcional tener al mismo personal a lo largo del progreso de un paciente desde paciente interno a hospital diurno a tratamiento externo. El personal de tratamiento interno en forma gradual se sobrecarga con una población creciente de convalecientes y de tratamiento externo, lo que lleva al agotamiento e ineficiencia en el uso de los recursos del tratamiento. Idealmente, la continuidad de cuidado debería brindarse por un terapeuta principal que se inicia con el paciente en el hospital y mantiene una relación psicoterapéutica con él fuera del mismo. A este respecto, parece más importante un programa hospitalario para internos integrado con un personal de psiquiatras dedicados a ese programa, que la conservación de contacto entre el paciente y su psicoterapeuta anterior a lo largo del tratamiento hospitalario, en particular cuando nos referimos al tratamiento interno a largo plazo; aquí por lo general es preferible cambiar terapeutas.

En la actualidad, en las instituciones privadas principales de cuidado hospitalario psiquiátrico, las modalidades de tratamiento incluyen un amplio rango de métodos de grupo, diversas aplicaciones del tratamiento ambiental hospitalario, enfoques de comunidad terapéutica, tratamiento psicofarmacológico, rehabilitación psicosocial y psicoterapia. El enfoque por equipo desarrollado en los últimos 20 años para los pacientes psiquiátricos concibe el cuidado, trabajo social psiquiátrico, actividades terapéuticas y la psicología como partes integradas del tratamiento médico y psiquiátrico. Cada profesional de estas disciplinas diversas contribuye con sus técnicas especiales y su interacción personal con el paciente, en la que los desarrollos de transferencia y contratransferencia se usan como parte del diagnóstico del entorno social total que rodea al paciente. Este entorno social inmediato se afecta por los conflictos intrapsíquicos del paciente y a su vez influye en él. La red de experiencias formales e informales, individuales, en grupo pequeño o grande en el hospital, es el fondo contra el que pueden diagnosticarse y utilizarse terapéuticamente las múltiples transferencias y contratransferencias representadas en las situaciones individuales y grupales.

Me parece que la mejor concepción del hospital es la de un entorno social experimental dentro del que el paciente puede mostrar sus constelaciones predominantes de relaciones objetales patogénicas internalizadas, y en el que estas relaciones objetales activadas pueden diagnosticarse y modificarse terapéuticamente en el contexto de interacciones psicoterapéuticas individuales y grupales. Las contribuciones del psicoanálisis al tratamiento hospitalario y las contribuciones de los enfoques de comunidad terapéutica, han facilitado un concepto de administración y estructura hospitalaria que reduce los peligros del hospital como una "institución total" y aumenta al máximo la oportunidad para nuevas experiencias de aprendizaje.

Una tarea importante a la que se enfrenta la psiquiatría estadounidense hoy en día es la de dilucidar el conocimiento técnico nuevo obtenido en los últimos 50 años apartándolo de las distorsiones ideológicas y extrapolaciones sociales. En la práctica, la utilización óptima de este conocimiento requiere que el hospital psiquiátrico permita el uso de las reacciones emocionales del personal hacia los pacientes para fines terapéuticos y que promueva una atmósfera de apertura y una estructura administrativa funcional —en contraste con una autoritaria. Una estructura administrativa funcional no es una democrática. La distinción entre administración funcional y organización política democrática es un aspecto del nuevo aprendizaje que se está integrando en este momento. Por el mismo tenor, los conceptos modernos de administración organizacional pudieran ser parte del conocimiento y técnicas que el psiquiatra contemporáneo que trabaja en hospitales tenga que aprender. Además el psiquiatra de hospital necesita combinar el conocimiento del amplio rango de tratamientos psicofarmacológicos y psicosociales disponibles, incluyendo la pericia en el diagnóstico y utilización terapéutica de los procesos de grupo.

21

El modelo de comunidad terapéutica en el tratamiento hospitalario para la psicopatología grave

HIPOTESIS BASICAS

Por más de una década he estado observando la efectividad y limitaciones de las modalidades de comunidad terapéutica en el tratamiento. La comunidad terapéutica ha transformado los tipos más tradicionales de tratamiento ambiental hospitalario, ha abierto nuevos caminos al tratamiento interno de patología grave del carácter, y dado nueva luz sobre los requisitos administrativos óptimos para los hospitales psiquiátricos. Algunas de estas nuevas concepciones no sólo no se habían vislumbrado sino que revelaban consecuencias no previstas de modalidad en el tratamiento.

Whiteley y Gordon (1979, págs. 105–27), después de señalar que el término *comunidad terapéutica* es uno de los más mal usados y malentendidos en la psiquiatría moderna, lo definen como un "proceso de tratamiento específico, especializado que utiliza los fenómenos psicológicos y sociológicos inherentes al amplio grupo circunscrito y residencial. A este respecto, es una extensión intensificada de la terapia ambiental que tiene implicaciones y aplicaciones más generales para los pacientes de todas las categorías en la comunidad hospitalaria de salud mental". Whiteley y Gordon, en el curso de su excelente revisión de la historia y desarrollos recientes de los modelos de comunidad terapéutica, introducen una dimensión adicional a su concepto: una ideología. De hecho, Main y Jones –fuentes clave de los modelos de comunidad terapéutica– enfatizaron su convicción de valor de democratizar los procesos del tratamiento y brindar un "entorno terapéutico con una organización espontánea y estructurada emocionalmente (más que dictada médicamente) en la que todos los pacientes y el personal interaccionen" (Main, 1946, páginas 66–70). Jones (1953), señaló el debilitamiento de la pirámide jerárquica, empañamiento de los papeles y la comunicación abierta como una expresión de un entorno terapéutico democrático.

Creo que es en este intento de combinar conceptos técnicos e ideológicos –o sea, la noción de la comunidad terapéutica como una modalidad de tratamiento y como una democratización del proceso del tratamiento– de donde surgen los nuevos descubrimientos y ventajas terapéuticas, así como los obstáculos y problemas de este enfoque.

Aunque diversos autores podrían describir los aspectos esenciales de este enfoque en formas de algún modo diferentes, la orientación básica que se originan en Jones y Main enfatiza los siguientes rasgos:

1. *Tratamiento comunitario:* El personal y los pacientes funcionando conjuntamente como una comunidad organizada, llevan a cabo el tratamiento de la población de pacientes; estos últimos participan activamente y son agentes corresponsables en su propio tratamiento, no recipientes pasivos.
2. *Cultura terapéutica:* Todas las actividades e interacciones se relacionan con la meta de reeducar y rehabilitar socialmente a los pacientes. El funcionamiento óptimo de los pacientes en la comunidad terapéutica es la primera fase en la promoción de su funcionamiento óptimo en la comunidad exterior.
3. *Vivir-aprendizaje-confrontación:* Un flujo abierto de comunicación entre pacientes y personal brinda retroalimentación inmediata respecto a las conductas observadas y sus reacciones a ellas. Una exploración de las funciones de estas conductas en el aquí-y-ahora y de conductas alternativas nuevas, experimentales ayudará a los pacientes a hacer frente a la comunidad terapéutica y a la exterior.

Los métodos usados para llevar a cabo estos objetivos incluyen reuniones de grupo (grupo pequeño, mayor y de trabajo) para facilitar la comunicación abierta, generar presiones para la socialización y rehabilitación y fomentar un proceso democrático de toma de decisiones.

Son comunes tres tipos de reuniones a los modelos de comunidad terapéutica, además de la categoría de grupo, pequeño, mayor o de trabajo:

1. *La reunión comunitaria:* Esta incluye a todos los pacientes y a todo el personal, y tiene como objetivo examinar el entorno social total en el que personal y pacientes participan, las distorsiones e interferencias en un nuevo flujo libre de comunicación de cualquier origen, y el desarrollo y posible resolución de procesos antidemocráticos y autoritarios.
2. *Gobierno de los pacientes:* Independientemente de la forma específica que dicho gobierno adopte, los modelos de comunidad terapéutica tienden a fomentar la organización de los pacientes con el propósito de participar en los procesos sociales y de toma de decisiones.
3. *Reuniones del personal:* Esta reunión complementa al gobierno de los pacientes, expresa el concepto de toma de decisiones democrática

entre el personal, y le permite estudiar cómo están influidos por las presiones de origen administrativo y otras así como por su interacción con los pacientes. La reunión del personal permite la distribución democrática de la autoridad respecto a las tareas por hacerse, en contraste con las decisiones jerárquicas desde arriba.

En los conceptos de comunidad terapéutica, respecto al cambio terapéutico, están implicadas diversas suposiciones. Primero, se supone —correctamente, según yo— que los pacientes como individuos y como grupo son capaces de ayudarse entre sí. Segundo, los pacientes que funcionan en un entorno grupal pueden reaccionar en formas "normales", apropiadas y responsables como grupo, en contraste con las interacciones patológicas individuales de los pacientes fuera del entorno de grupo. Tercero, por el mismo tenor, el personal como grupo puede funcionar patológica y antiterapéuticamente aunque como individuos puedan ser maduros y experimentados. De hecho, la experiencia clínica ha confirmado que la patología y la efectividad social de los grupos no coinciden con la patología y efectividad social de sus miembros como individuos.

Cuarto, se presupone que el autoritarismo es antiterapéutico y que las decisiones hechas con base en el "poder" más que en la "razón" militan contra los mejores intereses de los pacientes. Creo que esta suposición es correcta si se define el autoritarismo como tomar la responsabilidad de hacer las decisiones más allá de lo requerido funcionalmente. Estoy sugiriendo que la antinomia no es de toma de decisiones autoritaria vs. democrática sino de autoritaria vs. funcional. Hecha esta aclaración, estoy de acuerdo con la hipótesis general, documentada en forma abundante, de los efectos negativos, a veces devastadores, de los sistemas autoritarios de tratamiento sobre el bienestar y mejoría de los pacientes. Aun una estructura organizacional autoritaria que al parecer afecta sólo a los niveles más altos del personal no puede evitar afectar a todos los participantes en la comunidad terapéutica. El autoritarismo se transmite por mecanismos psicológicos complejos en la escala jerárquica, en particular mediante la sumisión a, e identificación con, el agresor, y tiende a minar la autenticidad de la relación paciente/terapeuta a través de todo el sistema hospitalario. Una administración hospitalaria autoritaria puede transformar los convenios de tratamiento, distorsionándolos de tal modo que confundan por completo al equipo terapéutico que trate de aplicarlos. Estas distorsiones en los convenios de tratamiento pueden fomentar una seudoadaptación del paciente al sistema hospitalario e interferir con su desarrollo de autonomía y crecimiento. Casi por definición, una estructura hospitalaria autoritaria interfiere con una evaluación abierta, continua, del hospital como sistema social.

Una quinta hipótesis es que, en contraste con los sistemas autoritarios de tratamiento, los conceptos de comunidad terapéutica, implican que la democratización del proceso de tratamiento es en sí misma terapéutica. La democratización aumenta la autoestima del paciente, la efectividad de su funcionamiento, y la honestidad de sus comunicaciones, y es directamente promotora del crecimiento. Mi experiencia me lleva a desafiar esta opinión. Los resultados de democratizar los procesos de toma de decisiones en los

hospitales han sido a menudo una mezcla de terapéuticos y antiterapéuticos. Abundaremos en el tema adelante.

Sexta, la toma de decisiones colectiva en un entorno abierto en reuniones públicas se presupone como terapéutica porque nutre los procesos democráticos en contraste con los autoritarios. Más adelante, examino las ilusiones implicadas en esta suposición.

Séptima, se supone que los pacientes son capaces de ayudarse entre sí como individuos y, en el proceso, de desarrollar habilidades y creatividad interpersonales así como fortaleza del yo. Con base en mi experiencia, creo que esto es notablemente verdadero. Sin embargo, los pacientes pueden tener también efectos muy destructivos entre sí: por cada par que se ayuda entre sí, podemos también encontrar a un psicópata que potencialmente lleva a otro paciente hacia el suicidio.

LA COMUNIDAD TERAPEUTICA Y SU ESTRUCTURA MATRIZ

El problema es cómo preservar las ventajas eminentes de la comunidad terapéutica —su utilización terapéutica del hospital como un sistema social, la activación del potencial de los pacientes para contribuir a su propio tratamiento, el desarrollo de habilidades y responsabilidades del personal en los niveles más bajos, el conocimiento creciente sobre la interacción entre el mundo interno de los pacientes y los conflictos estructurados en el entorno, las experiencias emocionales correctivas brindadas por la comunidad terapéutica, y el aumento en la moral del personal— sin ser presa de las graves, a veces devastadoras, desventajas, que voy a describir, de esta herramienta terapéutica efectiva por otra parte.

El prerrequisito más importante para el desarrollo de una comunidad terapéutica es que esté integrada funcionalmente con la estructura administrativa del hospital general o psiquiátrico dentro del que opere. Este requisito podría parecer trivial si no fuera que, en la práctica, los líderes de las comunidades terapéuticas son a menudo inocentes respecto a las estructuras administrativas, límites y reservas de su institución. Algunos son igualmente inocentes respecto a una teoría general de la administración o manejo institucional que permitiría un análisis completo de las factibilidades y reservas administrativas para una comunidad terapéutica en ese entorno particular. Desafortunadamente, ni siquiera la literatura sobre la comunidad terapéutica, considera de manera suficiente la relación entre la estructura de la comunidad terapéutica y la organización a la que debe adaptarse.

Por ejemplo, Marshal Edelson (1970), uno de los teóricos más sofisticados en este campo, no es partidario de reemplazar un estudio de reservas administrativas con una declaración de convicciones ideológicas. Sin embargo, si bien describe en forma explícita las implicaciones administrativas y profesionales de la relación entre la administración del hospital y el director de socioterapia, él de hecho presenta modelos de funcionamiento organizacional en los que no hay una estructura administrativa clara que ligue la auto-

ridad conferida a la comunidad terapéutica con la de toda la administración del hospital. Aunque reconoce el potencial de tensión y conflictos en su modelo, la solución que propone es consultativa, no organizacional/administrativa.

Si la comunidad terapéutica ha de explorar en forma abierta el sistema social encarnado por la comunidad de pacientes/personal, no puede evitar activar la tensión y los conflictos latentes en el sistema por igual, con las influencias consecuentes en la dimensión política del proceso de toma de decisiones en la institución. La suposición de que un enfoque puramente observacional, clarificante, e informativo de los conflictos en el sistema social puede llevarse a cabo y expresarse en términos interpretativos técnicos y neutrales, es una ilusión. Como evidencia, se ofrece esta escena común: Un grupo entusiasta establece un modelo de comunidad terapéutica en un sector del hospital; se forma una "sociedad ideal" que genera gratificación, emoción, esperanza, y quizá un espíritu mesiánico en el personal y en los pacientes, luego sigue un amarga decepción por la "falta de comprensión" y aparente rechazo de esta sociedad ideal por parte del hospital dentro del que se ha desarrollado. El resultado final es que la tarea se abandona, la comunidad terapéutica se colapsa, y sus directivos emigran a un nuevo sistema para comenzar el ciclo una vez más –o a la práctica privada en alguna profesión de la salud mental.

Una comunidad terapéutica debe ser limitada en su tamaño; la comunidad de pacientes/personal debería ser de 80 a 100 participantes cuando mucho. Esto significa que las comunidades terapéuticas pueden establecerse sólo en hospitales psiquiátricos muy pequeños o en servicios relativamente pequeños dentro de un hospital mayor. No es ninguna coincidencia que algunos de los modelos más exitosos han operado dentro de hospitales psiquiátricos pequeños, donde son menos evidentes las complejidades de relacionarse con estructuras administrativas mayores.

Cuando el director de la comunidad terapéutica está bien consciente de la estructura organizacional de la institución, del grado y estabilidad de la autoridad delegada sobre él (y por tanto sobre el sistema terapéutico a su cargo), entonces pueden definirse y considerarse los límites de la autoridad conferida a la comunidad completa así como a sus miembros individuales cuando se estudian los conflictos activados dentro del sistema terapéutico y a través de las fronteras de la misma. El director de la comunidad terapéutica requiere arreglos administrativos claros que liguen a la comunidad con su entorno, y deberá tener la capacidad de explicar éstos.

En último caso, las convicciones ideológicas –en contraste con las técnicas– sobre la organización política democrática a menudo influyen en los directores de las comunidades terapéuticas y los miembros del personal que comparten estas convicciones, a operar como si constituyeran un partido minoritario en un estado gobernado por un liderazgo autoritario. En forma inconsciente o involuntaria, confunden la exploración del sistema social con un medio político para cambiarlo. El objetivo terapéutico de la comunidad terapéutica se confunde con el objetivo político de democratizar una institución al cuidado de la salud. Eventualmente, personal y pacientes pagan el precio de esta confusión.

El apoyo de la estructura matriz al sistema de la comunidad terapéutica requiere una redefinición y renegociación constantes. De aquí que, el líder debe tener la capacidad de llevar a cabo una función política, no en términos de conceptos democráticos, sino de formas efectivas de influir en los individuos y en los grupos a través de los límites que determinen las tareas en la institución. Las habilidades básicas necesarias para la dirección de la comunidad terapéutica también incluyen un sólido conocimiento del funcionamiento y manejo de grupos pequeños, mayores, y de trabajo, un sólido conocimiento de psicopatología individual y de su influencia potencial en la distorsión de los procesos de grupos pequeños en el entorno y un dominio absoluto de los principios psicoterapéuticos. Estos requisitos determinan los problemas que implica el entrenamiento apropiado de directores experimentados.

Otro requisito más para el desarrollo de una comunidad terapéutica es una definición clara de la autoridad, papeles y funciones de todos los miembros individuales del personal y de grupos organizados formalmente que se entrelazan en el desempeño de sus funciones. La autoridad delegada en la comunidad terapéutica debe a su vez distribuirse funcionalmente dentro de ella. El peligro es que los procesos de grupo diseñados para motivar la toma de decisiones compartida pueden también opacar el problema de quien tiene la responsabilidad de llevar a cabo dichas decisiones, así como la naturaleza del sistema de inspección, control y seguimiento de las funciones de la comunidad. Otro peligro es que los papeles y habilidades tradicionales "importados" a la comunidad puedan ser subutilizados o que la autoridad se delegue por motivos políticos a quienes no tengan las habilidades técnicas apropiadas. Un enfoque igualitario que descuide las diferencias individuales en capacidad, técnicas y entrenamiento, resultaría en ineficiencia y desperdicio de los recursos humanos disponibles. El desgaste de habilidades que ocurre en los grupos pequeños y mayores bajo el efecto de la regresión al funcionamiento del grupo de hipótesis básicas, se amplifica en gran medida por la falla en el uso de las habilidades disponibles causada por la ambigüedad administrativa dentro de la comunidad terapéutica.

Las comunidades terapéuticas a menudo se han percibido como una amenaza por parte de la dirección administrativa y profesional tradicional de los hospitales psiquiátricos. En cuanto a que la autoridad conferida a la profesión médica era desafiada en nombre de esta postura igualitaria, la amenaza era suficientemente real. Más allá de eso, los directivos de la estructura matriz se sentían amenazados por el escrutinio de la distribución de autoridad, funciones y demás. Un examen abierto del hospital como un sistema social, se vuelve inevitablemente un control del proceso administrativo, con todos los retos políticos que implica. Por supuesto, puede argumentarse que éste es un desarrollo muy saludable para algunos sistemas hospitalarios petrificados. Pero los proponentes de las comunidades terapéuticas no deberían sorprenderse de la oposición activa o sutil que despierta en la administración del hospital.

La comunidad terapéutica es también una amenaza a la relación tradicional paciente/médico y a las relaciones tradicionales entre el personal interdisciplinario. En términos de democratizar la vida en el hospital psiquiátrico

este es por supuesto un avance, pero en términos de la utilización óptima de todos los recursos terapéuticos, ha tenido consecuencias imprevistas y en forma parcial negativas. El personal relativamente sin preparación de los escalones más bajos, puede encontrarse con mayor autoridad pero al mismo tiempo con un escrutinio más directo de su funcionamiento. En consecuencia, habrá tensión en sus relaciones con sus supervisores administrativos y profesionales. Las contradicciones entre la desigualdad social, desigualdad en salarios y expectativas de trabajo, dictadas por el entorno dentro del que funciona el hospital, y el desarrollo de una atmósfera igualitaria en la comunidad terapéutica, agudizan la conciencia sobre los conflictos sociales reales y las contradicciones que están más allá de la capacidad de la comunidad terapéutica para resolverlos satisfactoriamente. El resentimiento en ebullición y los sentimientos de culpa no resueltos en diversos niveles jerárquicos, pueden aumentar las tensiones entre el personal y complicar más el análisis, sin pensar en la resolución, de las tensiones en el sistema social de la comunidad terapéutica. Todo esto aumenta el peligro de disminuir la eficiencia profesional.

ACTIVACION DE PROCESOS REGRESIVOS DE GRUPO

Las comunidades terapéuticas pueden también volverse una amenaza real, o vivida como tal, para el tratamiento de los pacientes. A causa de los numerosos individuos involucrados y del esfuerzo por mantener un flujo relativamente abierto de comunicación, las reuniones de pacientes, juntas de personal y la reunión comunitaria en sí adquieren con facilidad características de procesos de grupos mayores; los efectos regresivos de estos procesos pueden afectar los desarrollo individuales de los pacientes de la comunidad en formas antiterapéuticas. Anteriormente (Kernberg, 1976, capítulo 9; 1980, capítulo 11) enfaticé el peligro de que los pacientes como grupo puedan regresar a un funcionamiento como grupo de hipótesis básicas cuando no esté disponible una dirección funcional, centrada en la tarea, cuando las tareas desempeñadas por los pacientes no sean significativas sino triviales, cuando la delegación de autoridad de personal a paciente sea ambigua, y cuando la dirección del personal sea inefectiva. Bajo tales circunstancias regresivas, los grupos de pacientes pueden volverse intolerantes a los individuos, establecer una dictadura de grupo que adquiera características de una moralidad primitiva, y fomentar el ascenso de personalidades con rasgos narcisistas y antisociales a las posiciones de liderazgo. El personal puede contribuir a esta regresión a través de la negación determinada ideológicamente de las diferencias entre los pacientes como individuos, por una creencia implícita de que todos ellos tienen las mismas necesidades y que debería esperarse que participaran o reaccionaran en formas similares. Los grupos de pacientes y de personal pueden llegar a una complicidad inconsciente interfiriendo con el desarrollo autónomo de los pacientes individualmente y permitiendo una invasión sin control de la privacidad que corresponde al "acting out" de la agresión del grupo total contra miembros individuales.

La comprensión de que los procesos regresivos de grupo pueden producir un empeoramiento de los síntomas en los pacientes individuales puede, sin embargo, también dar lugar a la suposición equivocada de que toda la patología del paciente corresponde a los procesos de grupo, negando así que la psicopatología puede ser de naturaleza individual. Esta actitud promueve una idealización defensiva de los procesos de grupo que alimenta en el paciente expectativas mágicas del tratamiento ("si el grupo funciona bien, los pacientes mejorarán").

Además, los grupos pueden desarrollar una necesidad exagerada de formalidades y rituales como un defensa contra la violencia (que los grupos grandes en particular tienden a generar), una defensa que puede funcionar bien para el grupo pero que restringe las necesidades individuales del paciente. El control de los procesos no estructurados del grupo por parte de los pacientes con mayor regresión, por los monopolizadores crónicos, por los manipuladores muy efectivos o simplemente por los pacientes más violentos puede distorsionar en forma importante el contenido de las reuniones y la asignación de recursos, reduciendo así el tiempo de tratamiento de muchos pacientes.

Las tendencias sádicas no reconocidas y disociadas de algunos individuos pueden infiltrarse en el proceso del grupo bajo la forma de la acentuación de la rigidez burocrática, que sirve para controlar la violencia pero expresándola, sin embargo, en formas muy sutiles. Esta formalización excesiva de los procesos de grupo, combinada con el convencionalismo rígido (en especial respecto a temas sexuales), pueden dar como resultado que la comunidad terapéutica regrese a procesos grupales restrictivos de latencia y adolescencia temprana.

Bajo las condiciones de desarrollos del grupo de hipótesis básicas de Bion (1961), todos los efectos negativos de los procesos de grupo aumentan. Los mismos conceptos de igualdad, democracia y confianza en los efectos benéficos de la comunicación abierta pueden alimentar las expectativas mesiánicas inherentes al desarrollo "dependiente" o "de apareamiento" del grupo de hipótesis básicas, fomentando así un entorno hospitalario no realista que entorpece la reincorporación funcional de los pacientes al mundo exterior. Bajo condiciones de regresión de "atacar y escapar", el recrudecimiento de las luchas sociales dentro del hospital, derivadas de las tensiones internas del personal, puede naturalmente mezclarse con las búsqueda de los pacientes de "partidos" ad hoc y de ideologías militantes que racionalicen la violencia.

Los promotores de las comunidades terapéuticas a menudo no se dan cuenta de que construir una "sociedad ideal" dentro de un hospital puede combinarse fácilmente con las necesidades de los pacientes de negar sus propios conflictos —intrapsíquicos e interpersonales— y las contradicciones reales del mundo exterior al que algún día deben regresar. Por tanto, los pacientes se adaptan a la vida de hospital pero no están preparados para la reincorporación al entorno exterior. O puede darse una suposición sutil de que todas las personas son esencialmente buenas y que la comunicación abierta permite la eliminación de distorsiones en las percepciones del sí mismo y de los demás las que son la causa última del conflicto patológico y de la estructura psíquica patológica. Esta posición filosófica niega la existencia

de fuentes intrapsíquicas inconscientes de agresión, en notable contradicción con lo que pueden observar el personal y los pacientes mismos en los pacientes de un hospital psiquiátrico.

FACTORES INTRAPSIQUICOS VS. FACTORES INTERPERSONALES

Jones (1953, 1956), recomienda las comunidades terapéuticas para pacientes con patología grave del carácter que requieran hospitalización; concibe la reeducación y la resocialización efectuadas por la comunidad terapéutica como la principal, si no la exclusiva, modalidad de tratamiento para dichos pacientes. Da la impresión de que él ve a estos pacientes como víctimas sociales que requieren apoyo educativo e insiste en que se les brinden nuevos papeles sociales y vocacionales. Esta opinión descuida la importancia de las determinantes intrapsíquicas de la psicopatología y apoya la ilusión de que una atmósfera social saludable en el hospital, puede reemplazar la psicoterapia y producir un cambio fundamental en la personalidad. Creo que este concepto confunde una atmósfera psicoterapéutica encaminada al desarrollo de tratamientos individuales y grupales intensivos con los tratamientos en sí mismos. Supone que los pacientes son víctimas de fuerzas sociales irracionales y están de hecho expresándolas y que una sociedad racional (sin contradicciones intrínsecas obvias) permitirá su restablecimiento pleno a la salud, es algo atractivo pero ingenuo. Es probable que no sea una coincidencia que la idea de la comunidad terapéutica tuviera un atractivo particular para la contracultura de la década de 1960. En la década de 1980 se hace más transparente la cualidad utópica de las ideas y suposiciones de muchos de los modelos.

La falta de diferenciación entre los factores sociales y los intrapsíquicos que influyen en la psicopatología, puede propiciar la aplicación equivocada de la teoría de los sistemas a la situación psicoterapéutica. La suposición de que la psicopatología de los pacientes refleja directamente las contradicciones del entorno puede dar como resultado que se localice la etiología exclusivamente en el sistema social. Aquí el enfoque de Main y la descripción de Bion sobre los procesos de grupo difieren notablemente de la de Jones.

Esta falta de diferenciación entre lo intrapsíquico y lo interpersonal —mientras se sigue el estudio de las relaciones entre los dos— da como resultado una falta de definición clara de las indicaciones y limitaciones de las modalidades y técnicas de tratamiento grupal y una falta de evaluación crítica de los efectos de combinar y superponer varios tratamientos. Por ejemplo es fácil que los métodos grupales proliferen en una comunidad psicoterapéutica, de modo que con el tiempo los mismos temas y problemas se discuten desde diferentes perspectivas en diferentes lugares sin considerar la economía de los recursos humanos que se consumen. Más aún, existe la posibilidad omnipresente de que se activarán mecanismos de escisión por la discusión simultánea de los mismos temas en diferentes entornos. Por supuesto, en teoría, toda la información fluye junta en las reuniones comunitarias, de personal o de pacientes; sin embargo, en la práctica, las agendas sobrecargadas y la difusión de información creciente actúan contra la integración de información. A la larga, la pérdida de privacía puede ser un mal menor comparado con el desperdicio de tiempo y recursos humanos que se produce cuando las modalidades y las técnicas del tratamiento no se diferencian entre sí.

Edelson (1970), intentó solucionar el problema de la relación entre socioterapia y psicoterapia manteniéndolas completamente aparte. En mi opinión, esta solución aísla en forma artificial la dinámica del paciente según se manifiesta en su psicoterapia de la dinámica del paciente en la comunidad terapéutica. El resultado es que se empobrecen la modalidad psicoterapéutica y la social.

Mis propias experiencias como director de varias comunidades terapéuticas por más de una década me llevan a las siguientes conclusiones.

Para comenzar, el elemento tiempo es de importancia crucial para determinar el éxito o fracaso de los ambientes de comunidad terapéutica. En unidades para pacientes con regresión aguda, con una rotación rápida relacionada con una corta estancia y con problemas médicos que requieren atención urgente constante, parece ser que es donde el enfoque de comunidad terapéutica funciona mal. Pero para pacientes con dificultades crónicas de carácter, en unidades con poca rotación y estancias prolongadas, se vuelve mayor el beneficio de la comunidad terapéutica. Esto parece confirmar la idea de Jones de que los enfoques de comunidad terapéutica son los indicados para estos pacientes.

Además, y de nuevo respecto al tiempo, los efectos a corto plazo (uno a seis meses) de las comunidades terapéuticas pueden ser notablemente diferentes de los a largo plazo. Las ventajas de las comunidades terapéuticas predominan con más fuerza a corto plazo, en tanto que los problemas que generan predominan a la larga. A corto plazo, la activación del potencial de ayuda de los pacientes entre sí, destacar las contradicciones internas del sistema social de tratamiento, que pueden a menudo resolverse al diagnosticarse, y los efectos emocionantes y estimulantes de los procesos de grupo refuerzan los lazos entre los pacientes, entre el personal, y entre pacientes y personal llevando rápidamente a aumentar los conocimientos sobre los pacientes lo que puede usarse para propósitos terapéuticos.

Sin embargo, en el entorno de tratamiento a largo plazo (seis meses a años), los resultados son distintos. La agenda para reuniones comunitarias y para todos los grupos de toma de decisiones se sobrecarga. Los esfuerzos para estimular a los pacientes y al personal a que participen libremente dando como resultado típico el surgimiento de resistencias de grupo y grupos de hipótesis básicas, el desarrollo de pasividad entre pacientes y personal por igual, silencios prolongados, que son desperdicio de tiempo, o el brote de tal abundancia de material primitivo que clasificarlo en términos de prioridades para la comunidad implica un tiempo enorme. Los esfuerzos por resolver estos problemas haciendo las reuniones más formales crea el peligro de burocratización, de lentitud en el proceso de toma de decisiones —y una vez más la agenda se sobrecarga. En forma gradual, la misma necesidad de toma de decisiones administrativas y las negociaciones entre la comunidad terapéutica y el entorno exterior que hacen surgir presiones de la realidad,

propician una nueva red informal de toma de decisiones. Esta estructura administrativa ad hoc puede, paradójicamente, ser funcional en forma óptima, pero también percibirse como estar contra la idea de la toma de decisiones compartida y entonces se requerirán análisis y negociaciones más largas de necesidades de la comunidad que serían de otro modo obvias.

Los pacientes que tienden a ser manipuladores y/o violentos, que se sienten orillados a comprobar los límites de su poder y control, con frecuencia presentan otro problema. Por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa y los que utilizan sus intentos suicidas para controlar el entorno, crean graves conflictos al personal de enfermería entre su deseo de proteger la idea de permisividad en el servicio y la necesidad de mantener control sobre el "acting out" que amenaza a la vida.

Uno de los rasgos más consistentes del funcionamiento de la comunidad terapéutica es que algunos de los pacientes más manipuladores y violentos logran en forma dramática atraer la atención hacia ellos y absorber en forma desmedida los recursos del tratamiento. En teoría, se proporciona a todos los pacientes el mismo modelo de tratamiento social; en la práctica, los pacientes violentos y manipuladores pueden recompensarse con mayor atención en tanto que otros pasan a último término.

El espíritu mesiánico, la emoción y la alta moral que las comunidades terapéuticas inspiran en el corto plazo que pueden hacer pasar por alto el esfuerzo extra del personal derivado de la falta de una distribución racional de los recursos y de ignorar las restricciones de tiempo. Eventualmente, el agotamiento del personal, principalmente entre el personal de enfermería, puede traer solicitudes de aumento de éste y la necesidad de que el personal médico pase más tiempo con el de enfermería. Se desarrolla pasividad entre el personal —que sigue asistiendo a las reuniones pero participa cada vez menos— y hay la tendencia de que suban a posiciones directivas el personal y pacientes con rasgos de personalidad narcisista. Ya que las personalidades narcisistas no tienen ningún compromiso real con los objetivos de grupo, no serán sensibles a la tensión y conflictos intrapsíquicos bajo tales circunstancias difíciles. Pero la facilidad con que se adaptan superficialmente a los procesos de grupo —en especial cuando son el foco de interés y admiración de un grupo— los impulsa a funciones de liderazgo. Esto promueve una seudointimidad emocionante y tiende a perjudicar los sentimientos profundos y el control de calidad sobre el servicio (Kernberg, 1980, capítulo 11).

Otra manifestación del agotamiento y la regresión del personal es el aumento de la autoabsorción del mismo. Un observador externo del desarrollo de las comunidades terapéuticas se sorprende después de un tiempo, de encontrar que la proporción de tiempo pasado directamente con los pacientes disminuye y que el número de reuniones de grupo sólo con el personal aumentan. Al mismo tiempo, ocurre con frecuencia el agotamiento entre los directivos de las comunidades terapéuticas, de modo que después de tres a cinco años hay una fuerte tendencia a abandonar sus puestos en los jefes de servicios interesados en y comprometidos con las comunidades terapéuticas.

Una cuestión evadida con frecuencia es la proporción costo/beneficio de la comunidad terapéutica en comparación con el tratamiento del hospital

psiquiátrico tradicional. Descubrimientos previos indicaron que cuando no hay suficiente personal disponible para tratar a los pacientes en primer lugar —como en las grandes instituciones estatales (donde fueron primero estudiados los efectos sociales dañinos de los hospitales mentales tradicionales)— el uso de métodos grupales permite un aumento en los contactos paciente/personal y la humanización de los canales de comunicación rigidizados en forma jerárquica entre pacientes y personal. Sin embargo, la necesidad de tratamiento individual de los pacientes no se resuelve con este cambio organizacional, y tiene lugar una selección natural en la que sólo algunos pacientes pueden ser ayudados.

En el entorno de un hospital psiquiátrico moderno, con proporciones adecuadas pacientes/personal, los enfoques multidisciplinarios, y un complemento adecuado de personal psiquiátrico de categoría superior, las comunidades terapéuticas permiten intensificar el tratamiento individual de los pacientes y enriquecer enormemente la comprensión de los pacientes y las modalidades y técnicas del tratamiento encaminadas a ayudarlos. Sin embargo, este efecto positivo tiende a neutralizarse a la larga porque el tiempo de los miembros del personal con más experiencia se emplea en reuniones de grupo, reduciendo su disponibilidad para contactos individuales con los pacientes. Además, los miembros del personal menos experimentados, son pasivos en las reuniones de grupo, y ni participan ni necesariamente aprenden mucho, en tanto que sus habilidades para relacionarse con los pacientes en forma individual son subutilizadas. En resumen, se desarrolla una distribución de los recursos irracional y poco económica.

Este inconveniente se empeora por la tendencia del personal de la comunidad terapéutica a aislarse de la unidad hospitalaria matriz. El trabajo en la comunidad terapéutica genera una atmósfera emocionalmente intensa pero protegida. El personal desea permanecer junto a los pacientes y resistir el flujo abierto del demás personal y aprendices por toda la unidad durante periodos limitados de aprendizaje, y con el tiempo poder exportar el conocimiento de la nueva modalidad de tratamiento. Los entornos de comunidad terapéutica se resisten a veces mucho a tolerar estudiantes y aprendices que tengan que partir después de un periodo de tiempo limitado.

Existe el peligro de que los miembros individuales del personal puedan dejar de ser responsables por lo que suceda a los pacientes entre las reuniones de grupo. La familia del paciente a menudo se percibe como una fuerza exterior intrusiva, y las comunicaciones con los miembros de la familia pueden disminuir en tanto que el personal está totalmente ocupado en el mundo interno de la comunidad terapéutica. Así, puede sufrir la reincorporación de los pacientes a la sociedad.

El tratamiento de familias por lo general lo manejan trabajadores sociales psiquiátricos, que pueden compensar la postura hacia adentro de la comunidad terapéutica con el tratamiento familiar intenso. El problema es que la mayor parte de las familias pueden terminar en una terapia familiar intensiva en vez de un trabajo psiquiátrico del caso orientado a la realidad. El trabajador social puede racionalizar este resultado en términos de la concepción psicosocial de la enfermedad emocional que se implica en los modelos de comunidad terapéutica ("el paciente es un producto de las circunstancias

de su familia"), pero el número de trabajadores sociales que se requiere para desempeñar esta función de límites también aumenta.

El control de calidad tiende a sufrir cuando los miembros del personal se involucran entre sí en forma tan íntima que los miembros de categoría superior encuentran torpe tomar decisiones sobre promoción, despido o equivalentes y evaluar si se está dando suficiente aprendizaje. Después de un tiempo se esperaría que el personal de categoría menor relativa o sin experiencia, pudiera hacerse cargo de las funciones de la comunidad terapéutica, permitiendo así al personal de experiencia dedicar su tiempo al trabajo individual con los pacientes y/o a actividades de investigación o educativas. Esta redistribución óptima del tiempo y las funciones suele descuidarse.

En el entusiasmo y emoción iniciales del personal y los pacientes al trabajar juntos, los conflictos de personalidad entre el personal tienden a sumergirse bajo los esfuerzos por las metas comunes. Sin embargo, después de un tiempo estos problemas de personalidad se reafirman y a menudo no pueden incluirse en el análisis de conflictos entre el personal –porque la teoría de la comunidad terapéutica y de la toma de decisiones democrática no da espacio a choques de personalidad sin solución. En aras de la paz, pueden surgir distorsiones en el proceso administrativo. Paradójicamente, los problemas de personalidad pueden ahora hacerse más importantes que en el modelo jerárquico de administración hospitalaria, donde las reglas estrictas, los reglamentos y las expectativas jerárquicas burocráticas tienden a disminuir el impacto directo del funcionamiento de la personalidad.

22

Tratamiento hospitalario a largo plazo para la patología límite ("borderline") y narcisista graves

Al tratar pacientes con psicopatología grave, en especial aquéllos con patología límite y narcisista del carácter, he encontrado efectiva una modificación del modelo de comunidad terapéutica integrado con psicoterapia individual intensiva. El modelo que propongo tiene en común con otros enfoques terapéuticos comunitarios el esfuerzo por examinar abiertamente el sistema social total dentro del que interactúan pacientes y personal en una unidad; el reconocimiento de la necesidad de establecer una estructura administrativa funcional, no autoritaria que permita en verdad el examen de los procesos de toma de decisiones y de las fallas al asumir la responsabilidad y en el desempeño de tareas por pacientes y personal; y la alta prioridad dada a la prueba de realidad de la vida del paciente en la unidad y su relación con la tarea de la rehabilitación social del paciente.

El enfoque descrito aquí difiere de otros modelos de comunidad terapéutica, sin embargo, en que no se basa en una teoría igualitaria respecto a las funciones de los pacientes y del personal; no aspira a democratizar los procesos del tratamiento; limita en forma estricta la autoridad conferida a la comunidad de pacientes/personal en contraste con la delegada específicamente al personal; no es su intención crear una atmósfera de permisividad por sí misma; y en que se interesa fuertemente por prevenir y corregir la difusión de papeles del personal como parte de una atención constante en la utilización óptima de los recursos humanos y de la efectividad de costos.

Si se mantienen suficientemente abiertos los canales de comunicación entre el personal y entre los pacientes como grupo, y el personal como grupo para explorar los conflictos interpersonales generados alrededor de cada paciente, puede ganarse el conocimiento inmediato de la psicopatología de cada paciente. De hecho, puede volverse asequible un conocimiento más in-

mediato —particularmente respecto a pacientes con "acting out" grave— que lo que sería posible mediante la exploración psicoanalítica en sesiones de psicoterapia individual durante el mismo tiempo. La integración del conocimiento así adquirido con la comprensión ganada en la psicoterapia individual y de grupo refuerza en forma poderosa la utilización del ambiente social total del hospital para fines terapéuticos.

El desarrollo de este enfoque para el tratamiento requiere que todos los miembros del personal desempeñen en forma simultánea dos grupos de funciones. El primero relacionado con su entrenamiento especial y antecedentes profesionales: deben interactuar con los pacientes por medio de tareas específicas que diferencien sus profesiones o disciplinas de las demás y que correspondan a diferentes aspectos de la adaptación del paciente a la realidad. La segunda función es más personal: Cada miembro del personal debe utilizar sus reacciones emocionales naturales hacia las interacciones individuales del paciente con él para diagnosticar una relación humana particular así representada y las fantasías implicadas en la constelación emocional generada en el campo social. Las reacciones emocionales de los miembros del personal a los pacientes individualmente tienen que diagnosticarse y reunirse en un cuadro que eventualmente permita ilustrar las principales relaciones objetales internas conflictivas del paciente, activadas, en todo el ambiente del hospital.

Las funciones específicas del personal de enfermería se refieren a crear y recrear una atmósfera hogareña en la unidad. Las funciones específicas de las actividades terapéuticas (ocupacional, vocacional, artística y recreacional) se refieren a reproducir las principales áreas de trabajo activo y tiempo libre normales fuera de casa. Las funciones específicas del trabajo social psiquiátrico se refieren a las interacciones del paciente con su entorno social inmediato —en particular el familiar— y con el conjunto de puentes entre la vida del hospital y dicho entorno social exterior. Las funciones específicas del psicoterapeuta individual y de grupo (con más frecuencia un psiquiatra o psicólogo, pero no siempre) se refieren a la exploración de la psicopatología del paciente mediante los desarrollos de la transferencia y el análisis de la constelación total transferencia/contratransferencia expresada en la situación de psicoterapia, así como en el campo social de alrededor. Por último, la función del administrador del hospital o de la unidad del paciente o el terapeuta principal (por lo general, aunque no siempre, un psiquiatra/administrador) es coordinar los esfuerzos de todo el personal de las diversas disciplinas mencionadas —en otras palabras, encabezar el sistema de tareas interdisciplinarias a cargo del diagnóstico y seguimiento continuo de las interacciones del paciente en su campo social, con el doble propósito de adaptar el programa social de rehabilitación según sea necesario y brindar información al psicoterapeuta individual.

Un problema práctico que requiere atención de inmediato es la cuestión de si la función de psicoterapia y la de manejo del hospital ("terapia hospitalaria") debería o pueden desempeñarse por la misma persona o si es preferible un sistema dual. En forma ideal, estas dos funciones deberían separarse; sin embargo, hay maneras de condensarlas, durante la etapa inicial del tratamiento hospitalario o aun por periodos de tiempo largos. Los requerimientos técnicos para el manejo adecuado de la relación psicoterapéutica (en parti-

cular los esfuerzos por evitar el "acting out" de la contratransferencia) y las distorsiones autoritarias en el proceso de toma de decisiones respecto a los pacientes individualmente, añaden complicaciones importantes a estos papeles condensados de psicoterapeuta/administrador.

El modelo de tratamiento hospitalario propuesto tiene ciertos requisitos prácticos que nos llevan a la teoría subyacente de la organización del servicio o de la unidad. Primero, la utilización de las reacciones emocionales del personal hacia los pacientes para objetivos terapéuticos requiere que el personal se seleccione no sólo sobre la base de los antecedentes profesionales y habilidades, sino también por ciertas características de personalidad: apertura, disposición e interés para explorar sus reacciones emocionales hacia los demás, y estar libre de alguna psicopatología grave que pudiera distorsionar indebidamente sus interacciones bajo condiciones sociales no estructuradas. Las personalidades con rasgos excesivamente paranoides, histeroide-infantiles o narcisistamente distantes son candidatos malos para dicho trabajo.

Segundo, es importante que se proporcione una estructura administrativa que facilite la exploración abierta de las reacciones humanas; o sea, una estructura no autoritaria que requiera una actitud no punitiva, libre de prejuicios y respetuosa. Por supuesto que una aceptación no crítica, no enjuiciadora de todo el desempeño del personal puede ser muy perjudicial para el aprendizaje, la selección de personal, y para el uso óptimo del tiempo del personal. Aquí, yo pienso, hay una contradicción interna inevitable en el modelo propuesto.

Tercero, para que los miembros del personal exploren abiertamente sus reacciones a los pacientes, deben conservar en forma consistente una conducta apropiada socialmente hacia los pacientes y delimitar con claridad los límites personales de sus funciones profesionales. Ser espontáneos y abiertos en sus interacciones con los pacientes no significa que los miembros del personal deberán hablar de sus vidas personales. Conservar esta privacía del personal también significa que deberán evitarse las interpretaciones de las reacciones emocionales y conductas del personal hacia los pacientes a no ser las observaciones del aquí-y-ahora. El análisis del significado de las reacciones de contratransferencia tiene que permanecer a un nivel de su significancia contextual inmediata. Es importante evitar la exploración del pasado personal y cualquier "destapamiento" del personal como un "modelo" a ser imitado por los pacientes. El "desnudamiento" emocional del personal es una técnica desastrosa que forma un compuesto de la regresión de los pacientes y del grupo con la del personal, y por lo general tiene, consecuencias muy negativas para todos los implicados. Una autodisciplina firme del personal actuando su papel y un control firme autoimpuesto de la expresión de necesidades sexuales, agresivas y de dependencia por parte del personal, son las contrapartidas respecto a alentar, de otra manera, las respuestas naturales y espontáneas hacia los pacientes, incluyendo una reflexión directa de los efectos de su comunicación y conducta sobre el personal. Esta actitud del personal corresponde a la neutralidad técnica del psicoterapeuta individual como un punto de partida para explorar la transferencia.

La exploración abierta de los significados de la conducta del paciente a través del análisis de todas las interacciones del personal con él, también

requiere una separación definitiva por parte de todo el personal de las funciones del paciente en el aquí-y-ahora, de sus motivaciones genéticas pasadas asumidas. De otro modo, las especulaciones carentes de disciplina respecto a los presuntos orígenes de las conductas actuales de los pacientes, pueden contribuir a crear una ideología seudopsicoanalítica y un lenguaje igual, que tienden a confundir la comprensión concreta, penosamente adquirida con algunas teorías del desarrollo por lo general aceptadas. Tales especulaciones convierten en una farsa la comprensión de los pacientes.

Por el mismo estilo, aunque la conducta del paciente en la unidad o servicio es pública y abierta a la exploración en todas sus facetas, sus comunicaciones al terapeuta individual son privadas y necesitan respetarse –excepto cuando el uso por parte del psicoterapeuta de tales comunicaciones corresponde a un contrato explícitamente convenido con el paciente al principio de la psicoterapia. Por ejemplo, el psicoterapeuta puede decir al paciente: "Todo lo que se discuta será absolutamente privado, excepto que, si yo considerara que usted estuviera en peligro de hacerse daño a sí mismo o a los demás, yo me sentiría libre de emprender cualquier acción disponible para comunicar esta preocupación a otros miembros del personal y protegerle de las consecuencias de dicha conducta. Si esto llegara a ser necesario, por supuesto, primero se lo comunicaría a usted".

La comunicación entre el psicoterapeuta individual y el resto del personal hospitalario en este modelo es, por lo tanto, asimétrica, lo que protege la privacía del paciente –en forma creciente, de hecho, respecto a la disminución del "acting out", al hacerse menos relevante la influencia del mundo intrapsíquico del paciente sobre el entorno social inmediato, y al prepararse el paciente a dejar el entorno del hospital. En contraste, todas las interacciones del paciente dentro del medio terapéutico deberán estar disponibles para el psicoterapeuta individual, por lo general mediante la comunicación con el administrador de la unidad, o con el terapeuta del hospital, y deberán integrarse con el enfoque interpretativo de todo el material del paciente en las sesiones de psicoterapia.

Otro requisito más de este modelo es que la autoridad delegada a todo el personal de la unidad y al psicoterapeuta se mantenga por separado, evitando así la posibilidad de que el psicoterapeuta (por lo general el miembro de más jerarquía del equipo), el psiquiatra administrativo o el encargado del caso, controle al equipo. La confusión en el proceso de toma de decisiones facilita que los pacientes controlen en forma indirecta su entorno social a través del psiquiatra de su hospital o de su psicoterapeuta y puede convertirse en un canal importante para el "acting out". Este peligro señala la necesidad de una delimitación clara de la autoridad delegada a los diversos miembros del personal implicado en el tratamiento del paciente, en el liderazgo de grupos y en la administración del servicio.

Z.: Una paciente joven, de poco más de 20 años, tenía lo que ella consideraba como una relación maravillosa con su psicoterapeuta hospitalario, con quien discutía sus experiencias de la niñez. Había poca, si es que alguna, relación entre los contenidos de las sesiones y las experiencias actuales de la paciente, sus interacciones y conducta sobre el servicio. En forma simultánea Z. estaba usando a su relativamente inexperta trabajadora social como su mensajera y ayudante personal. Manipulaba en forma exitosa a la trabajadora para conseguirle material de una universidad cercana. La enfermera de Z., miembro clave del equipo, se daba cuenta de cómo **Z.** manipulaba a las personas y la confrontó con este hecho. La enfermera era, por lo tanto, enemiga de Z., y mucha de la energía de **Z.** la utilizaba ésta para movilizar a algunas de las otras enfermeras contra la suya. La paciente estaba teniendo éxito en distanciar al personal y estaba expresando sus propias necesidades en un modo escindido. Una madre comprensiva, empática (psicoterapeuta), una madre enemiga (enfermera), y una madre esclava (trabajadora social) permitían a **Z.** mantener su equilibrio.

Estos hechos tuvieron lugar cuando el director del servicio estuvo ausente por un plazo largo y las reuniones acostumbradas de personal centraban su atención en otros problemas, más administrativos. Cuando regresó el director del servicio, un consultor investigó la situación y se celebró una junta especial del personal para discutir el tratamiento de **Z.** Como resultado, el tema bajo discusión en la psicoterapia cambió de lo que había sucedido 15 años antes a lo que estaba sucediendo ahora. La interacción entre **Z.** y su terapeuta se hizo intensa, enojosa, caótica. Los encuentros de **Z.** con la enfermera fueron de menos fricción, en tanto que la enfermera, ahora apoyada por las demás enfermeras, continuaba afirmando su autoridad. La trabajadora social, una vez que se dio cuenta que había sido manipulada hacia una posición inapropiada, trató de ayudar a **Z.** a asumir la responsabilidad por sí misma. **Z.** reaccionó tratando de deshacerse de la trabajadora social, pero sus esfuerzos fueron en vano porque otros miembros del personal dejaron claro que ellos pensaban que sus arreglos con la trabajadora social eran problemáticos.

Cuando las variadas fuerzas en juego fueron analizadas y comprendidas en la psicoterapia y sus interacciones con el personal, y la relación de éstos con la transferencia se hicieron el punto central de las sesiones, las relaciones objetales parciales de **Z.** pudieron integrarse y sus defensas contra la ambivalencia hacia su madre pudieron elaborarse. Lo que es de especial interés es la conciencia por parte de la enfermera de **Z.** de que ella era más firme con esta paciente que con los demás; y también el comentario de la trabajadora social en la junta del personal: "Ustedes saben que por lo general yo soy muy firme con los pacientes y no me dejo manejar en esta forma. Aquí, por razones que no me son muy claras, me he metido en este papel". El análisis de la activación de la vida intrapsíquica del paciente en el área interpersonal del servicio y de las reacciones particulares de contratransferencia y papeles complementarios en el personal, fue de importancia crucial para emprender la psicoterapia.

ESTILOS, OBJETIVOS Y TECNICAS DE TRATAMIENTOS DE GRUPO

Antes de examinar los métodos principales de grupo que son parte de este enfoque, deberán explicarse las funciones terapéuticas de los mismos. Cada paciente, según este concepto, requiere, sobre todo, un miembro del personal con la responsabilidad última sobre su tratamiento en el servicio y exi-

gencia de los objetivos terapéuticos, administrativos y legales mientras dure su estancia. Este responsable del caso, terapeuta hospitalario, psiquiatra administrativo o administrador/psicoterapeuta deberá idealmente ser un médico en un entorno hospitalario donde se requiere legalmente la autoridad médica para justificar la hospitalización y el tratamiento psiquiátrico. Es posible la delegación de dicha autoridad a personas fuera de la profesión médica pero requiere modificaciones adicionales en la compleja red de la delegación de autoridad en el servicio.

Cada paciente también requiere un psicoterapeuta individual que puede, bajo ciertos arreglos, actuar también como administrador de la unidad. Aunque la psicoterapia individual intensiva es una parte integral del tratamiento —de hecho, el estilo terapéutico definitivo que integra toda la información que se origina del entorno del paciente— esto no significa que las intervenciones directas, planeadas y organizadas por parte del personal del hospital fuera de las sesiones psicoterapéuticas, no sean un aspecto crucial del tratamiento.

Además de una autoridad administrativa y de un psicoterapeuta individual, cada paciente requiere la disponibilidad de grupos de trabajo variados centrados en las funciones específicas de enfermería, actividades terapéuticas y trabajo social. Estos grupos de trabajo permiten al paciente recrear, dentro del entorno del hospital, actividades relacionadas con la vida en el hogar, el trato con la red social, y el estar comprometido activamente en forma productiva en tareas de estudio, trabajo, recreación y creatividad. Los grupos de trabajo por lo general son pequeños pero pueden implicar a un gran número de pacientes —idealmente sin activar nunca procesos propios de los grandes grupos (ver Kernberg, 1980, capítulo 11). Los grupos de trabajo deberán ser muy estructurados y orientados a la tarea para minimizar el desarrollo de grupos de hipótesis básicas y de procesos de grupos grandes, y deberán requerir de sólo uno o pocos miembros del personal.

Cada paciente también requiere de algún arreglo mediante el que los líderes de estos grupos de trabajo puedan comunicarse entre sí, con el administrador de los pacientes, y con su psicoterapeuta respecto a sus observaciones y las interacciones de los pacientes con ellos. Estas son las funciones de las juntas de equipo, intra e interdisciplinarias.

Otro tipo muy deseable de junta es aquella que canalice las interacciones informales del personal y del paciente individual, el mar de fondo de cualquier paciente particular en la unidad y en los talleres, hacia una discusión de los problemas de aprendizaje/vida en el servicio, lo que en forma ideal debería incluir la discusión libre de tareas concretas que involucren a los pacientes y al personal. Estas son juntas paciente/personal que tienen una alta proporción personal-paciente y, que para ser apropiadamente productivas, piden un cuidadosa delegación sobre el personal para evitar que todos los miembros interaccionen con todos los pacientes en forma simultánea. En otros modelos de comunidad terapéutica, esta tarea se absorbe a menudo por la junta comunitaria; de hecho puede convertirse en un aspecto esencial de la junta comunitaria, una solución que yo rechazo para dejar menos cargada la agenda de la reunión comunitaria para otros propósitos. En ambientes psiquiátricos más tradicionales, que no utilizan modelos de comunidad

terapéutica, las rondas diarias por lo general exploran las funciones que he planteado en juntas de equipo y en juntas de aprendizaje/vida.

El modelo propuesto también incluye psicoterapia de grupo para la mayoría de los pacientes y por tanto se plantea el complejo problema sobre la relación entre la psicoterapia individual y la de grupo (al que volveremos pronto).

Aunque todos o la mayoría de los pacientes requiere alguna exploración de las relaciones con su familia, la terapia familiar es una corriente que, por el interés que ha despertado, tiende a aplicarse en forma excesiva en algunos ambientes. Haré la distinción aquí entre el trabajo social sofisticado que cada caso requiere, y el tratamiento psicoterapéutico de toda la familia. Algunos casos requieren terapia familiar, pero cuando el paciente está simultáneamente en psicoterapia de grupo e individual, hay el peligro de un traslape, lo que debilita o diluye el impacto de cada una de las dos y propicia la escisión y el "acting out".

El modelo propuesto, sí incluye una junta comunitaria a la que asiste todo el personal y los pacientes, una junta que se realiza con la frecuencia suficiente para capturar los cambios significativos en el clima emocional y social en la unidad, pero no más seguido que para dicho fin. Es importante limitar la frecuencia de las juntas comunitarias para evitar congelar los recursos de personal en demasiadas juntas muy largas, que puedan quitar mucho tiempo, energía y atención con la reducción correspondiente en la productividad del personal.

Las dos tareas principales de la junta comunitaria son explorar los procesos sociales que afectan al total de la comunidad personal/pacientes, y el proceso de la junta comunitaria misma, o sea, los procesos del grupo numeroso que allí se activan. La exploración del sistema social deberá incluir la clarificación de conflictos interpersonales reales que requieran acción del dirigente administrativo del servicio; sin embargo, deben mantenerse la informalidad y espontaneidad de las comunicaciones (en contraste con un proceso burocrático y formal de la información y una agenda fija) para permitir el desarrollo y exploración de los procesos de grupo mayor.

La junta comunitaria, entonces, deberá explorar problemas que afectan a la comunidad y canalizarlos para una toma de decisiones apropiada. Pero al mismo tiempo, la activación de relaciones objetales primitivas característica de un grupo grande deberá tolerarse lo suficiente para diagnosticar procesos regresivos de grupo en todo el servicio, en particular en su expresión en cambios en la moral, en el surgimiento de temas primitivos específicos, y en la distorsión del sistema social por problemas específicos originados por los pacientes en forma individual, procesos grupales en el servicio, y por el hospital o administración de la unidad.

Esta junta comunitaria requiere una dirección altamente capacitada y a continuación deberá haber una junta del personal, sólo para analizar lo que sucedió en la junta y definir y organizar las tareas administrativas que se deriven de ello. Completa la lista de estructuras grupales incluidas en el modelo propuesto, una organización de pacientes paralela a la del grupo administrativo del personal del servicio, con un enlace administrativo que permita la negociación entre los pacientes como grupo, el personal y la di-

rección administrativa del servicio. Examinemos los objetivos y técnica de cada uno de estos grupos.

GRUPOS DE TRABAJO

Por definición, la atención se centra en las tareas y no en los pacientes en forma individual. Las tareas deberán tener significado y relacionarse con la vida del paciente fuera del hospital; una clase de cocina, por ejemplo, puede ser más importante que el tradicional tejido de canastas. La organización de áreas, dentro de las actividades terapéuticas, que incluyan trabajo, estudio, artes creativas, recreación y orientación vocacional (que es en realidad una condensación de trabajo y estudio) deberá permitir que las actividades se liguen más íntimamente con intereses a los que los pacientes retornarán después de dejar el hospital. Los grupos de trabajo brindan oportunidades para el liderazgo, afiliación y colaboración dentro de un grupo, y para comprobación de las funciones del yo así como para movilizar los recursos del yo. Las actividades también permiten y facilitan la expresión sublimada de impulsos agresivos, de dependencia y sexuales. El estudio psicoanalítico del funcionamiento de los pacientes en dichos grupos dependerá de lo sofisticado de las observaciones del personal al conducir estos grupos. Por ejemplo, el florecimiento de una personalidad narcisista cuando triunfa en una actividad competitiva o su placer por algo que le llega en forma absolutamente natural –en contraste con su rechazo categórico de involucrarse en cualquier operación que requiere un proceso de aprendizaje "humillante"– será un material muy importante para la exploración, confrontación discreta, y examen adicional en el curso de su psicoterapia individual.

Los grupos de trabajo pueden también incluir trabajo en el dominio social y político del servicio, como gobierno de los pacientes, comités que evalúen las reglas y regulaciones y que hagan propuestas a la administración de la unidad, la organización de actividades de fin de semana, y grupos de ayuda mutua entre los pacientes. El enlace administrativo brindado entre grupos especiales de pacientes y la administración de la unidad puede dar sentido e impacto a los, de otro modo vacíos, gestos de "democracia". El peligro principal en los grupos de trabajo es que, paradójicamente, por una orientación psicoanalítica hacia la exploración del significado de todas las conductas y funcionamiento del yo que se dan en ellos, pueden transformarse en forma gradual en grupos ad hoc de psicoterapia, con la exploración de sentimientos y conflictos invadiendo el tiempo destinado a la consideración de tareas objetivas.

JUNTAS DE EQUIPO

Idealmente, en un servicio que tenga de 20 a 30 pacientes, dos equipos paralelos del personal pueden discutir sobre 10 ó 15 pacientes cada uno, con la reunión de todos los líderes del grupo de trabajo con suficiente frecuencia para discutir brevemente sobre todos los pacientes en su equipo después de

un tiempo determinado digamos, una semana. El encargado del caso o el terapeuta hospitalario deberá asistir a esta junta. Su tarea es usar la información para concebir y hacer el seguimiento del programa terapéutico de cada paciente y, además, discutir esto con el paciente y dar información completa al psicoterapeuta individual del paciente sobre lo que se ha hecho. Con la delegación inteligente de autoridad dentro de cada disciplina, deberá ser posible, por ejemplo, que un grupo pequeño de enfermeras comunique la información del servicio de enfermería al equipo respectivo de modo que no todos los miembros de enfermería deben asistir a cada junta de equipo.

Esta es una junta muy importante, en la que pueden detectarse las interacciones de los pacientes en el servicio, se puede integrar su comprensión y formularse hipótesis dinámicas en términos igual de útiles para orientación del personal como significativos para el psicoterapeuta individual. Estas juntas también permiten la toma de decisiones respecto a cómo debiera constituirse la retroalimentación de las reacciones del personal a los pacientes individuales, en particular la comunicación a los pacientes de la percepción del personal de ellos en las juntas de aprendizaje/vida.

JUNTAS DE APRENDIZAJE/VIDA

Estas juntas, compuestas con el personal de las juntas de equipo y todos los pacientes bajo discusión, se centra, por turnos, en el desarrollo de cada paciente a lo largo del servicio. En forma ideal, la dirección de estas juntas deberá coincidir con la de la junta de equipo, por lo general desempeñada por un miembro de mayor jerarquía del personal. Estas juntas se centran en la discusión objetiva de las observaciones sobre la interacción del paciente en el aquí-y-ahora del servicio. La participación de un grupo completo de pacientes en esta discusión requiere, una vez más, que se mantenga estricta privacía respecto de la experiencia subjetiva del paciente en contraste con su conducta; también permite a los pacientes como grupo participar en la discusión que se refiere a cada uno de ellos. De nuevo, es importante que estas juntas se protejan de convertirse en un caso más de psicoterapia de grupo; deberán ser grupos de trabajo, sin examinar los procesos grupales internos. Estos grupos tienen un fuerte potencial reeducativo y de apoyo, que deberá explotarse por completo; por el mismo estilo, hacen que sea deseable en extremo, que la psicoterapia de grupo realizada dentro del modelo propuesto conserve un estilo de expresión más que de apoyo.

Los grupos descritos hasta aquí deberán ser altamente estructurados, lo que se ha señalado al subrayar sus tareas específicas y su diferenciación clara entre sí. Los procesos regresivos tienden a disminuir o convertirse en subterráneos en dichos grupos, lo que permite destacar la exploración de los recursos del yo y examinar el funcionamiento de los pacientes en su punto óptimo, pero empaña la activación de relaciones objetales primitivas en el área interpersonal. Por el contrario, las modalidades de grupo siguientes, están encaminadas a la activación de procesos regresivos de grupo y relaciones objetales primitivas en el área social.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Por las razones mencionadas, y en especial porque los elementos de apoyo están tan fuertemente presentes en las juntas de aprendizaje/vida y de equipo, hay una ventaja en conservar la psicoterapia de grupo tan psicoanalítica como sea posible. La posibilidad de explorar operaciones defensivas primitivas y relaciones objetales iguales en la psicoterapia de grupo desarrollada según el modelo de Bion (1961), o de Ezriel (1950)/Sutherland (1952) (o sea, centrándose en las transferencias de grupo que prevalecen sobre el examen de niveles más diferenciados de transferencias individuales del tipo familiar, triádico) puede reforzar y complementar la psicoterapia psicoanalítica individual de tipos graves de patología del carácter llevada a cabo en un ambiente hospitalario.

Los pacientes con organización límite de la personalidad que requieren hospitalización, presentan por lo general funcionamiento regresivo del yo. Por lo regular, expresan aspectos cruciales de su psicopatología por medios no verbales, de modo que la comunicación verbal en las sesiones de psicoterapia individual permite la expresión de sólo una parte limitada de su área total transferencial de relaciones objetales primitivas. Un desarrollo típico en el tratamiento hospitalario de pacientes límite que están en psicoterapia individual al mismo tiempo, es una tendencia hacia la superficialidad en el contenido de las horas de psicoterapia o un viraje de ese contenido hacia el pasado del paciente, en tanto que las disposiciones principales de la transferencia se escinden y se expresan en el ambiente social. El desarrollo del ambiente social estructurado como parte del modelo propuesto, facilita el diagnóstico de dicho potencial de transferencia a la vez que permite el control de su "acting out", cuando menos en sus manifestaciones más dramáticas. Es esencial controlar la expresión del paciente de manifestaciones extremas de su patología para evitar ciclos viciosos derivados de la gratificación directa de necesidades primitivas, la expresión autorrecompensante del control omnipotente, y la identificación proyectiva dentro del ambiente social. Pero este control también limita la observación de estas manifestaciones extremas de la psicopatología del paciente.

La psicoterapia psicoanalítica de grupo es un escape controlado para la expresión de psicopatología primitiva en un ambiente social que permite su interpretación inmediata. Además, si el psicoterapeuta individual recibe retroalimentación completa del psicoterapeuta de grupo respecto al desarrollo del paciente en el grupo —de modo que pueda hacerse el seguimiento y la interpretación de la escisión de transferencias entre la terapia individual y de grupo— la psicoterapia de grupo puede en realidad intensificar la experiencia psicoterapéutica individual. En contraste, cuando la psicoterapia de grupo se vuelve de apoyo en su naturaleza, se hace más difícil conservar un enfoque interpretativo en las sesiones individuales. El grupo puede propiciar resistencias individuales de los pacientes, y se desarrolla una tendencia hacia la duplicación por parte de dicho grupo de psicoterapia de apoyo de otros procesos de grupo en el servicio.

LA JUNTA COMUNITARIA

La junta comunitaria, como un grupo mayor, permite la aplicación de técnicas para grupos grandes, que examinan, al analizar los contenidos primitivos que surgen en ellos, el origen de los conflictos que influyen en el sistema social del servicio. En forma simultánea, dado que la autoridad administrativa del servicio, que toma todas las decisiones, participa en esta junta, la junta comunitaria permite la negociación de conflictos reales dentro del servicio. Además, todos los personajes involucrados en los conflictos en el servicio están presentes. Todo esto hace tentador ampliar la agenda para esta junta. Pero esto resulta en un sobreflujo de comunicación y así, en una pérdida de enfoque sobre la tarea, una difusión de las prioridades, y un desperdicio de los recursos invertidos en ella. El requisito principal para la utilización exitosa de la junta comunitaria es establecer sus prioridades en forma clara, un problema práctico con el que la dirección de la comunidad terapéutica tiene que enfrentarse repetidamente en cada junta.

En el modelo que propongo, la tarea de la junta comunitaria de diagnosticar el mar de fondo de la total atmósfera social y cultural del servicio en cualquier momento determinado, se convierte en prioritaria. Esto incluye el diagnóstico de las distorsiones y conflictos introducidos en el servicio por la administración del hospital, conflictos dentro del personal, los límites personal/paciente sobre el servicio mismo o distorsiones muy graves en la vida social del servicio provocadas por la psicopatología de los pacientes individuales. Diagnosticar este mar de fondo en la forma de un conjunto dominante y ampliamente compartido de experiencias, fantasías y emociones requiere usar procesos de grupos mayores en la junta comunitaria. Esto significa una agenda abierta, participación libre de todos los pacientes y personal en la expresión de lo que pasa en sus mentes al momento de la junta, y la invitación a cada quién de plantear cualquier cosa que pudiera ser útil para clarificar los problemas que afectan a todos los presentes. Esta invitación para una comunicación no estructurada en el ambiente del grupo grande activa no sólo los conflictos antes enumerados, sino también su expresión a niveles primitivos de formación de fantasías, que puede alcanzar en momentos proporciones cuasipsicóticas. El dirigente de la junta comunitaria así como los otros participantes están también invitados a explorar libremente su comprensión de lo que está ocurriendo en el momento, y la junta se dirige con una atención que va de la clarificación de su propio proceso a contenidos específicos. La tolerancia de la expresión plena de fantasías regresivas primitivas sin reafirmación prematura o clarificación puede tener un impacto psicoterapéutico importante sobre la discusión de la psicopatología individual en la psicoterapia individual y en las sesiones de psicoterapia de grupo y puede iluminar por implicación las fantasías que organizan los conflictos individuales del paciente cara a cara con el ambiente social del servicio.

En el modelo propuesto de juntas comunitarias, la atención inicial sobre el proceso de grupo mayor es igualada por una segunda prioridad, a saber, la tarea de seleccionar los problemas del aquí-y-ahora que afectan la interacción

paciente/personal, con el propósito de abrir los canales de comunicación y toma de decisiones disponibles para la resolución de dichos conflictos.

Sugiero que las decisiones no se tomen en la junta comunitaria misma. Sin embargo, los canales y estructuras de comunicación y toma de decisiones se identifican, lo que hace posible proceder a dichas decisiones, o se clarifican las decisiones o realidades del pasado después de una ventilación plena de las fantasías a su alrededor. El análisis de consecuencias imprevistas por decisiones hechas en el pasado refleja el compromiso del personal a reexaminar estas decisiones dentro de las estructuras administrativas apropiadas. Además de los procesos emocionales que afectan a todo el personal y pacientes, en la junta comunitaria se examinan el funcionamiento real del sistema social, la relación entre las estructuras sociales reales y las planeadas, y el uso o mal uso de la autoridad y el poder en las transacciones en el servicio.

La ventaja principal de este tipo de agenda es que los efectos potencialmente antiterapéuticos de los procesos de grupo mayor que afectan a toda la comunidad pueden ser explorados, diagnosticados y resueltos. Más aún, el examen abierto de problemas administrativos al afectar el funcionamiento y los sentimientos de todos es una herramienta educativa excelente, que combina la enseñanza de la dinámica del inconsciente con el análisis del impacto de las estructuras administrativas y sociales sobre las vidas de los individuos. He encontrado también que ésta es una de las herramientas más útiles en el entrenamiento de residentes psiquiatras, personal de enfermería y profesionales de la salud mental en general. Otra ventaja es la posibilidad de integrar el impacto de todos los procesos de grupo variados y sistemas de trabajo en el servicio, diagnosticando mediante la moral global del servicio —cuya calidad se manifiesta de inmediato en esta situación propia de grupos mayores— la conveniencia funcional de los arreglos administrativos.

La crisis de la moral al diagnosticarse en el proceso de grupo mayor puede remontarse, como he sugerido (1980, capítulos 11–13), a los fracasos en la estructura administrativa, en el liderazgo o en el desempeño de la tarea. Buscar la fuente de la crisis puede hacer destacar conflictos de control de límites que afectan al sistema total o a cualesquiera de sus subsistemas. Aunque el proceso de grupo mayor como se conduce técnicamente aquí evita la discusión de cualquier dinámica individual o tratamiento del paciente, genera temas en particular importantes para los pacientes cuya psicopatología constituye una fuente principal de conflictos en el servicio. En breve, la exploración de los procesos de grupo mayor en la junta comunitaria tiene un gran valor terapéutico, educativo y administrativo y puede servir para ahorrar tiempo en todas estas áreas. En alguna otra parte (1980, capítulo 11) he explicado el descubrimiento de agendas escondidas de la institución en dichas juntas comunitarias y el cómo se destacan los temas principales de conflictos psicológicos primitivos.

Las principales desventajas de este modelo incluyen, antes que nada, el peligro, mencionado, de sobrecargar la agenda: esto requiere que el dirigente esté muy alerta y sea autodisciplinado. Dirigentes y personal, deben abstenerse de tratar de resolver problemas de pacientes individuales, de administración del pabellón o de toma de decisiones en la junta comunitaria, no sea

que se entorpezcan los límites administrativos. Además existe el peligro de que una combinación de interpretación de problemas emocionales y clarificación de procesos administrativos pueda ser mal usada por el personal para "desechar por la interpretación", las razones de un paciente para solicitar ciertos cambios. Se corrompería así la herramienta de la comprensión psicodinámica, pues se usaría para manipular las relaciones de poder entre pacientes y personal. Sin embargo, en el mismo renglón la disponibilidad de canales de comunicación alternos, claramente definidos, que permitan la toma de decisiones real con base en las discusiones en la junta comunitaria, tiende a prevenir el "acting out" sin control de niveles primitivos de agresión por la pasividad y silencio implacables que se extienden a lo largo de muchas juntas.

En contraste, cuando los procesos de grupo mayor se analizan en la junta comunitaria sin relacionarlos con los procesos reales de toma de decisiones, es fácil que la junta tenga una regresión hacia un caos y destructividad abrumadores, tanto así que las funciones activas y constructivas que impliquen a pacientes y personal pueden continuar en algún otro lado del servicio mientras toda la agresión (de pacientes y personal) se disocia y se expresa en esta junta en particular y congela a todo el personal en una posición de impotencia que afecta a todos.

El modelo propuesto para examinar los procesos de grupos mayores en la junta comunitaria requiere arreglos administrativos claros que afecten a los límites del personal y del personal/pacientes, lo que trataremos a continuación.

REQUISITOS ADMINISTRATIVOS

Una estructura administrativa funcional en la unidad o servicio o en todo el hospital dentro del que se desarrolle esta comunidad terapéutica es un requisito indispensable. Esto implica, antes que nada, que el director de la unidad o servicio tenga autoridad completa y control de límites sobre todas las transacciones entre el ambiente externo y la unidad y, naturalmente, a través de los límites de sistemas de trabajo dentro del servicio mismo. Segundo, la autoridad del director debe ser estable, conocida públicamente y delegada en formas que sean, a su vez, estables, no ambiguas y públicamente conocidas. Tercero, el modelo propuesto implica una delegación paralela pero no traslapada de la autoridad en el terapeuta hospitalario o encargado del caso —el "médico administrativo"— que tiene la responsabilidad psiquiátrica general y médica final por cada paciente y, en virtud de esta autoridad, se convierte en el líder del equipo interdisciplinario inmediato implicado en el tratamiento de cada paciente.

La decisión del psiquiatra administrativo, por ejemplo, de que el paciente es un suicida y necesita estar en una rutina de "observación cercana", sólo puede cuestionarse por su superior administrativo. En forma paralela, toda la autoridad para la organización de recursos dentro de cada disciplina tiene que ser delegada al director de esa disciplina, de modo que la forma en que se organiza, por ejemplo, el servicio de enfermería, incluyendo el desarrollo de grupos de trabajo que implican a pacientes y personal, está totalmente

dentro del dominio de toma de decisiones de autoridad de la enfermera jefe o su delegado.

De nuevo, en forma paralela y sin embargo no traslapada, el director del servicio delega cierta autoridad a la junta comunitaria respecto a su participación en la toma de decisiones sobre problemas que afectan la vida social de los pacientes en el servicio, particularmente los límites del personal y los pacientes como grupos. Por ejemplo, el grado al que las reglas y reglamentos que gobiernan la vida diaria en el servicio pueden ser alteradas por una combinación de comités de pacientes y personal, necesita definirse claramente y ser explicado, primero por el director del servicio y después por el dirigente de la junta comunitaria. Naturalmente, si el director del servicio condujera personalmente la junta comunitaria, este proceso se simplificaría. Sin embargo, de ser así el podría estar tentado a investir a la junta comunitaria de tanta autoridad que interferiría con la autoridad investida en terapeuta hospitalario y en los jefes de las diversas disciplinas.

El modelo propuesto da cabida a una distribución alternativa de la autoridad, en la que la junta comunitaria tiene autoridad sólo para la exploración plena de los procesos administrativos y conflictos en el servicio. Toda la autoridad de toma de decisiones respecto de los pacientes, ya sea como individuos o en grupos, se delega a los terapeutas del hospital, los líderes de cada disciplina, y comités especiales de personal y pacientes. Esta variación en el modelo evita conflictos respecto a la autoridad de toma de decisiones de la junta comunitaria y la de todas las otras estructuras de grupo derivadas en el servicio, pero se debilita el impacto de la junta comunitaria como un cuerpo efectivo de toma de decisiones, y sus prioridades naturalmente se cambiarán en la dirección del estudio de sus propios procesos de grupo mayor. O puede convertirse en un tipo de asamblea de encuesta de opinión pública caracterizada por pasividad crónica y una sensación de futilidad. Por lo tanto, creo preferible que se delegue una autoridad significativa en la junta comunitaria —aunque ciertamente no autoridad total, pues esto daría como resultado la difusión de papeles y sería una mala aplicación de una estructura política democrática.

Una forma práctica de facilitar las negociaciones entre los pacientes como grupo y el personal como grupo dentro del modelo propuesto es organizar un gobierno de los pacientes y un correspondiente comité del personal, que obtiene su autoridad ya sea de la investida originalmente en la junta comunitaria o directamente del grupo administrativo, ejecutivo del servicio. "Consultores" del personal ante las estructuras de gobierno de los pacientes pueden ayudar a los pacientes a tratar en forma más efectiva con las estructuras administrativas del servicio pero deben estar alertas a la ambigüedad potencial de la naturaleza de la autoridad delegada en ellos.

Un problema importante de este modelo propuesto, y probablemente de todos los modelos de "administración participativa", es la tendencia de los procesos de toma de decisiones en grupos a expandirse en proporción al grado de libertad y apertura con que trabajen los grupos. El resultado es una sobrecarga gradual de la agenda de todos los grupos de toma de decisiones. El sentido de las prioridades se pierde, y lo que sigue es una administración por crisis. Esto puede evitarse con un liderazgo definido de cada estructura de grupo y con una definición clara de límites de tiempo dentro de los que deben tomarse ciertas decisiones. Si un grupo no puede resolverse dentro del límite de tiempo, el dirigente del mismo, tomará la decisión, y si la falta de certidumbre del dirigente fuerza el proceso de toma de decisiones hacia arriba en la jerarquía administrativa, la decisión la tomará el director del servicio en persona. La autoimplicación obsesiva de los grupos puede controlarse por lo general volviendo a centralizar la toma de decisiones cuando el grupo las deja para después. Ayuda a tener muy presente que el propósito último de la comunidad terapéutica es tratar pacientes y no realizar un ejercicio de gobierno. La reserva primordial para el tratamiento de pacientes es la limitación de los recursos de personal en particular el tiempo de los miembros más expertos del personal, y estos recursos necesitan protegerse.

Bajo circunstancias óptimas, la hospitalización a largo plazo puede considerarse completa cuando el "insight" del paciente y su interés por sí mismo estén suficientemente reestablecidos para fortalecer las motivaciones realistas para el tratamiento, cuando la motivación misma para el tratamiento se refleja en la disposición del paciente y en su capacidad demostrada para asumir un grado de responsabilidad creciente por sí mismo, cuando se ha consolidado una relación psicoterapéutica al grado que la probabilidad de continuarla como paciente externo parece una suposición razonable, y cuando el paciente ha recuperado sus capacidades para desarrollar una vida social ordinaria fuera del ambiente hospitalario. La disminución significativa de la enfermedad o la resolución de las ganancias secundarias de la misma es una indicación adicional, importante de que se han logrado los objetivos de la hospitalización a largo plazo.

Referencias

Abraham, K. (1919). A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. In *Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Brunner/Mazel, 1979, pp. 303–311.

Abraham, K. (1920). Manifestations of the female castration complex. In *Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Brunner/Mazel, 1979, pp. 338–369.

Adler, G., and Buie, D. H. (1979). The psychotherapeutic approach to aloneness in the borderline patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 433–448.

Alexander, F., et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I*. Washington, D.C.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II*. Washington, D.C.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. Washington, D.C.

American Psychiatric Association (1981). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III Casebook*. Washington, D.C.

Arnold, M. B. (1970). Brain function in emotion: A phenomenological analysis. In *Physiological Correlates of Emotion*, ed. P. Black. New York: Academic Press, pp. 261–285.

Asch, S. S. (1976). Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique. *J. American Psychoanalytic Association*, 24:383–407.

Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistock Publications.

Bauer, S., Hunt, H., Gould, M., and Goldstein, E. (1980). Personality organization, structural diagnosis and the structural interview. *Psychiatry*, 43:224–233.

Beauvoir, S. de (1972). *The Coming of Age*. New York: Putnam.

Belknap, I. (1956). *Human Problems of a State Mental Hospital*. New York: McGraw-Hill.

Bellak, L., Hurvich, M., and Gediman, H. (1973). *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals*. New York: Wiley-Interscience.

Berezin, M. (1977). Normal psychology of the aging process revisited. II. The fate of narcissism in old age: Clinical case reports. *J. Geriatric Psychiatry*, 1:9–26.

Berezin, M., and Fern, D. (1967). Persistence of early emotional problems in a seventy-year-old woman. *J. Geriatric Psychiatry*, 1:45–60.

Bergeret, J. (1970). Les États limités. *Revue Française de Psychanalyse*, 34:605–633.

Bergmann, K. (1978). Neurosis and personality disorders in old age. In *Studies in Geriatric Psychiatry*, ed. A. D. Isaacs and F. Post. New York: Wiley, pp. 41–75.

Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:745–770.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International J. Psycho-Analysis*, 49:484–486.

Bion, W. R. (1952). Group dynamics: A re-view. *International J. Psycho-Analysis*, 33:235–247.

Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. New York: Basic Books.

Bion, W. R. (1965). *Transformations*. New York: Basic Books.

Bion, W. R. (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Heinemann.

Blacker, K., and Tupin, J. (1977). Hysteria and hysterical structure: Developmental and social theories. In *Hysterical Personality*, ed. M. Horowitz. New York: Jason Aronson, pp. 95–142.

Blinder, M. (1966). The hysterical personality. *Psychiatry*, 29:227–235.

Bloch, S., ed. (1979). *An Introduction to the Psychotherapies*. New York: Oxford University Press, pp. 196–220.

Blum, H. (1980). The value of reconstruction in adult psychoanalysis. *International J. Psycho-Analysis*, 61:39–54.

Bromley, D. (1978). Approaches to the study of personality changes in adult life and old age. In *Studies in Geriatric Psychiatry*, ed. A. D. Isaacs and F. Post. New York: Wiley, pp. 17–40.

Carr, A., Goldstein, E., Hunt, H., and Kernberg, O. (1979). Psychological tests and borderline patients. *J. Personality Assessment*, 43:582–590.

Caudill, W. (1958). *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press.

Chasseguet-Smirgel, J. (1978). Reflexions on the connexions between perversion and sadism. *International J. Psycho-Analysis*, 59:27–35.

Chodoff, P., and Lyons, H. (1958). Hysteria, the hysterical personality and "hysterical" conversion. *American J. Psychiatry*, 114:734–740.

Davanloo, H., ed. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

Deutsch, F. (1949). *Applied Psychoanalysis*. New York: Grune & Stratton.

Dewald, P. (1971). *Psychotherapy: A Dynamic Approach*. New York: Basic Books.

Easser, B. (1966). Transference resistance in hysterical character neurosis: Technical considerations. In *Developments in Psychoanalysis at Columbia University*, ed. G. Goldman and D. Shapiro. New York: Hafner, pp. 69–80.

Easser, B., and Lesser, S. (1965). Hysterical personality: A re-evaluation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34:390–405.

Edelson, M. (1970). *Sociotherapy and Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.

Eissler, K. (1950). The Chicago Institute of Psychoanalysis and the sixth period of the development of psychoanalytic technique. *J. General Psychology*, 42:103–157.

Eissler, K. (1953). The effects of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. American Psychoanalytic Association*, 1:104–143.

Emde, R., Kligman, D. H., Reich, J. H., and Wade, T. D. (1978). Emotional expression in infancy. I: Initial studies of social signaling and an emergent model. In *The Development of Affect*, ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press, pp. 125–148.

Ezriel, H. (1950). A psychoanalytic approach to the treatment of patients in groups. *J. Mental Science*, 96:774–779.

Fairbairn, W. (1954). *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books.

Federn, P. (1952). *Ego Psychology and the Psychoses*. New York: Basic Books.

Fenichel, O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. Albany: Psychoanalytic Quarterly, Inc.

Fenichel, O. (1945a). Neurotic acting out. *Psychoanalytic Review*, 39:197–206.

Fenichel, O. (1945b). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.

Ferenczi, S. (1919). On the technique of psycho-analysis. In *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*. New York: Basic Books, 1952.

Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: A commentary. *American J. Psychiatry*, 137:1050–1054.

Frances, A., and Cooper, A. (1980). The DSM-III controversy: Psychoanalytic perspectives. *Bulletin of the Association for Psychoanalytic Medicine*, 19:37–43.

Frances, A., and Cooper, A. (1981). Descriptive and dynamic psychiatry: A perspective on DSM-III. *American J. Psychiatry*, 138:1198–1202.

Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense. The Writings of Anna Freud*, 2. New York: International Universities Press, 1966.

Freud, A. (1968). Acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49:165–170.

Freud, E., and Meng, H., eds. (1963). *Psychoanalysis and Faith*. New York: Basic Books.

Freud, S. (1914). On narcissism. *Standard Edition*, 14:69–102. London: Hogarth Press, 1957.

Freud, S. (1916). Some character-types met with in psycho-analytic work. *Standard Edition*, 14:309–333. London: Hogarth Press, 1957.

Freud, S. (1923). The ego and the id. *Standard Edition*, 19:3–66. London: Hogarth Press, 1961.

Freud, S. (1930a). Civilization and its discontents. *Standard Edition*, 21:59–145. London: Hogarth Press, 1930.

Freud, S. (1930b). Das Unbehagen in der Kultur. *Gesammelte Werke*, 14:421–506. London: Imago, 1948.

Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.

Fromm-Reichmann, F. (1959). *Psychoanalysis and Psychotherapy: Selected Papers*. Chicago: University of Chicago Press.

Frosch, J. (1964). The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Quarterly*, 38:91–96.

Frosch, J. (1970). Psychoanalytic considerations of the psychotic character. *J. American Psychoanalytic Association*, 18:24–50.
Frosch, J. (1971). Technique in regard to some specific ego defects in the treatment of borderline patients. *Psychiatric Quarterly*, 45:216–220.
Furer, M. (1977). Personality organization during the recovery of a severely disturbed young child. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 457–473.
Galenson, E., and Roiphe, H. (1977). Some suggested revisions concerning early female development. In *Female Psychology*, ed. H. P. Blum. New York: International Universities Press, pp. 29–57.
Gedo, J. (1964). Concepts for a classification of the psychotherapies. *International J. Psycho-Analysis*, 45:530–539.
Geleerd, E. R. (1958). Borderline states in childhood and adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13:279–285. New York: International Universities Press.
Gianturco, D., and Busse, E. (1978). Psychiatric problems encountered during a long-term study of normal aging volunteers. In *Studies in Geriatric Psychiatry*, ed. A. D. Isaacs and F. Post. New York: Wiley, pp. 1–16.
Gill, M. (1951). Ego psychology and psychotherapy. *Psychoanalytic Quarterly*, 20:62–71.
Gill, M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:771–797.
Gill, M. (1980). The analysis of transference: A critique of Fenichel's *Problems of Psychoanalytic Technique*. *International J. Psychoanalytic Psychotherapy*, 8:45–55.
Gill, M. (1982). *Analysis of Transference*, vol. 1. New York: International Universities Press.
Gill, M., Newman, R., and Redlich, F. (1954). *The Initial Interview in Psychiatric Practice*. New York: International Universities Press.
Giovacchini, P. (1975). *Psychoanalysis of Charqcter Disorders*. New York: Jason Aronson.
Giovacchini, P. (1978). The psychoanalytic treatment of the alienated patient. In *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. J. F. Masterson. New York: Brunner/Mazel, pp. 3–19.
Giovacchini, P. (1979). The many sides of helplessness: The borderline patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 227–267.
Glover, E. (1955). *The Technique of Psycho-Analysis*. New York: International Universities Press.
Goffman, E. (1961). *Asylums*. New York: Anchor, Doubleday.
Goldberg, A., ed. (1978). *The Psychology of the Self: A Casebook*. New York: International Universities Press.
Goldstein, M., and Jones, J. (1977). Adolescent and familial precursors of borderline and schizophrenic conditions. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 213–229.
Green, A. (1977). The borderline concept. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 15–44.
Greenacre, P. (1950). General problems of acting out. *Psychoanalytic Quarterly*, 19:455–467.

Greenacre, P. (1963). Problems of acting out in the transference relationship. *J. American Academy Child Psychiatry*, 2:144–175.
Greenacre, P. (1968). The psychoanalytic process, transference, and acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49:211–218.
Greenson, R. (1954). The struggle against identification. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:200–217.
Greenson, R. (1958). On screen defenses, screen hunger, and screen identity. *J. American Psychoanalytic Association*, 6:242–262.
Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34:155–181.
Greenson, R. (1970). The unique patient–therapist relationship in borderline patients. Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Unpublished.
Grinberg, L. (1968). On acting out and its role in the psychoanalytic process. *International J. Psycho-Analysis*, 49:171–178.
Grinberg, L. (1979). Projective counteridentification and countertransference. In *Countertransference*, ed. L. Epstein and A. Feiner. New York: Jason Aronson, pp. 169–192.
Grinker, R. (1975). Neurosis, psychosis, and the borderline states. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, II*, ed. H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 845–850.
Grinker, R., et al. (1961). *Psychiatric Social Work*. New York: Basic Books.
Grinker, R., Werble, B., and Drye, R., eds. (1968). *The Borderline Syndrome*. New York: Basic Books.
Gross, H. (1974). Depression and sadomasochistic personalities. In *Personality Disorders*, ed. J. R. Lion. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 178–192.
Grunberger, B. (1979). *Narcissism: Psychoanalytic Essays*. New York: International Universities Press.
Gunderson, J. (1977). Characteristics of borderlines. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 173–192.
Gunderson, J. (1982). Empirical studies of the borderline diagnosis. In *Psychiatry 1982: The American Psychiatric Association Annual Review*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, pp. 415–436.
Gunderson, J., and Kolb, J. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American J. Psychiatry*, 135:792–796.
Gunderson, J., Kolb, J., and Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderlines (DIB). *American J. Psychiatry*, 138:896–903.
Gunderson, J., and Singer, M. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American J. Psychiatry*, 133:1–10.
Guntrip, H. (1968). *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self*. New York: International Universities Press.
Hartmann, H. (1950). Comments on the psychoanalytic theory of the ego. In *Essays on Ego Psychology*. New York: International Universities Press, 1964, pp. 113–141.
Hartmann, H. (1955). Notes on the theory of sublimation. In *Essays on Ego Psychology*. New York: International Universities Press, 1964, pp. 227–240.

Hartmann, H. (1964). *Essays on Ego Psychology*. New York: International Universities Press.
Hartmann, H., Kris, E., and Lowenstein, R. (1946). Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2:11–38. New York: International Universities Press.
Hartocollis, P. (1977). Affects in borderline disorders. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 495–507.
Heimann, P. (1955a). A combination of defense mechanisms in paranoid states. In *New Directions in Psycho-Analysis*, ed. M. Klein, P. Heimann, and R. Money-Kyrle. London: Tavistock Publications, pp. 240–265.
Heimann, P. (1955b). A contribution to the re-evaluation of the oedipus complex: The early states. In *New Directions in Psycho-Analysis*, ed. M. Klein, P. Heimann, and R. Money-Kyrle. New York: Basic Books, pp. 23–38.
Heimann, P. (1956). Dynamics of transference interpretations. *International J. Psycho-Analysis*, 37:303–310.
Heimann, P. (1960). Countertransference. *British J. Medical Psychology*, 33:9–15.
Herz, M. (1971). Day versus inpatient hospitalization: A controlled study. *American J. Psychiatry*, 127:1371–1382.
Herz, M. (1980). Partial hospitalization, brief hospitalization and aftercare. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, III*, ed. H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 2368–2381.
Herz, M., Endicott, J., and Spitzer, R. (1975). Brief hospitalization of patients with families: Initial results. *American J. Psychiatry*, 132:413–418.
Hill, L. (1955). *Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia*. Chicago: University of Chicago Press.
Hoch, P., and Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23:248–276.
Hoffman, M. (1978). Toward a theory of empathic arousal and development. In *The Development of Affect*, ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press, pp. 227–256.
Hollon, T. (1962). A rationale for supportive psychotherapy of depressed patients. *American J. Psychiatry*, 16:655–664.
Holzman, P., and Ekstein, R. (1959). Repetition-functions of transitory regressive thinking. *Psychoanalytic Quarterly*, 28:228–235.
Izard, C. (1978). On the ontogenesis of emotions and emotion–cognition relationships in infancy. In *The Development of Affect*, ed. M. Lewis and L. Rosenblum. New York: Plenum Press, pp. 389–413.
Izard, E., and Buechler, S. (1979). Emotion expressions and personality integration in infancy. In *Emotions in Personality and Psychopathology*, ed. C. Izard. New York: Plenum Press, pp. 447–472.
Jacobson, E. (1954). Contribution to the metapsychology of psychotic identifications. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:239–262.
Jacobson, E. (1961). Adolescent moods and the remodeling of psychic structures in adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16:164–183. New York: International Universities Press.

Jacobson, E. (1964). *The Self and the Object World*. New York: International Universities Press.
Jacobson, E. (1971). *Depression*. New York: International Universities Press.
Johnson, A. (1949). Sanctions for superego lacunae of adolescents. In *Searchlights on Delinquency*, ed. K. R. Eissler. New York: International Universities Press, pp. 225–245.
Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.
Jones, M. (1956). The concept of the therapeutic community. *American J. Psychiatry*, 112:647–650.
Kanzer, M. (1968). Ego alteration and acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49: 431–435.
Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
Kernberg, O. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
Kernberg, O. (1977). Normal psychology of the aging process revisited—II. *J. Geriatric Psychiatry*, 10:27–45.
Kernberg, O. (1980). *Internal World and External Reality*. New York: Jason Aronson.
Kernberg, O., Burstein, E., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L., and Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36:1–275.
Kernberg, O., Goldstein, E., Carr, A., Hunt, H., Bauer, S., and Blumenthal, R. (1981). Diagnosing borderline personality organization. *J. Nervous and Mental Disease*, 169:225–231.
Kernberg, P. (1982). Borderline conditions: Childhood and adolescent aspects. In *The Borderline Child: Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment*, ed. K. S. Robson. New York: McGraw-Hill, pp. 101–119.
Khan, M. (1974). *The Privacy of the Self: Papers on Psychoanalytic Theory and Technique*. New York: International Universities Press.
Kleeman, J. (1977). Freud's views on early female sexuality in the light of direct child observation. In *Female Psychology*, ed. H. P. Blum. New York: International Universities Press, pp. 3–27.
Klein, D. (1975). Psychopharmacology and the borderline patient. In *Borderline States in Psychiatry*, ed. J. E. Mack. New York: Grune & Stratton, pp. 75–92.
Klein, D. (1977). Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 365–383.
Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. In *Contributions to Psycho-Analysis, 1921–1945*. London: Hogarth Press, 1948, pp. 311–338.
Klein, M. (1945). The oedipus complex in the light of early anxieties. In *Contributions to Psycho-Analysis, 1921–1945*. London: Hogarth Press, 1948, pp. 311–338.
Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In *Developments in Psycho-Analysis*, ed. J. Riviere. London: Hogarth Press, 1952, pp. 292–320.
Klein, M. (1957). *Envy and Gratitude*. New York: Basic Books.

Klein, M. (1963). *Our Adult World*. New York: Basic Books.

Knight, R. (1952). An evaluation of psychotherapeutic techniques. In *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, ed. R. P. Knight and C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1954, pp. 65–76.

Knight, R. (1953a). Borderline states. In *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, ed. R. P. Knight and C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1954, pp. 97–109.

Knight, R. (1953b). Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. In *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, ed. R. P. Knight and C. R. Friedman. New York: International Universities Press, 1945, pp. 110–122.

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanalytic Study of the Child*, 27:360–400. New York/Chicago: Quadrangle Books.

Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.

Kraepelin, E. (1904). *Lectures on Clinical Psychiatry*. New York: Wood.

Krohn, A. (1978). *Hysteria: The Elusive Neurosis*. New York: International Universities Press.

Kroll, J., Sives, L., Martin, K., Lari, S., Pyle, R., and Zanoler, J. (1981). Borderline personality disorder: Construct validity of the concept. *Archives General Psychiatry*, 38:1021–1026.

Langs, R. (1973). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 1. New York: Jason Aronson, pp. 538–598.

Laplanche, J., and Pontalis, J.-B. (1973). *The Language of Psychoanalysis*. New York: Norton.

Laughlin, H. (1967). *The Neuroses*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Lazare, A. (1971). The hysterical character in psychoanalytic theory. *Archives General Psychiatry*, 25:131–137.

Levine, M. (1942). *Psychotherapy in Medical Practice*. New York: Macmillan.

Limentani, A. (1966). A re-evaluation of acting out in relation to working through. *International J. Psycho-Analysis*, 47:274–282.

Little, M. I. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *International J. Psycho-Analysis*, 32:32–40.

Little, M. I. (1957). "R": The analyst's total response to his patient's needs. *International J. Psycho-Analysis*, 38:240–254.

Little, M. I. (1958). On delusional transference (transference psychosis). *International J. Psycho-Analysis*, 39:134–138.

Little, M. I. (1960). On basic unity. *International J. Psycho-Analysis*, 41:377–384, 637.

Little, M. I. (1966). Transference in borderline states. *International J. Psycho-Analysis*, 47:476–485.

Little, M. I. (1981). *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. New York: Jason Aronson.

Loewald, H. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International J. Psycho-Analysis*, 41:16–33.

Lorenz, K. (1963). *On Aggression*. New York: Bantam Books.

Luborsky, L., et al. (1958). Treatment variables. The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation, 2d report. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 22:126–147.

McDougall, J. (1979). Primitive communication in the use of countertransference. In *Countertransference*, ed. L. Epstein and A. Feiner. New York: Jason Aronson, pp. 267–304.

MacKinnon, R., and Michels, R. (1971). *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Philadelphia: Saunders.

MacLeod, J., and Middelman, F. (1962). Wednesday afternoon clinic: A supportive care program. *Archives General Psychiatry*, 6:56–65.

Mahler, M. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26:403–424. New York/Chicago: Quadrangle Books.

Mahler, M. (1972). Rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Psychoanalytic Quarterly*, 41:487–506.

Mahler, M. (1979). *Selected Papers of Margaret S. Mahler*. New York: Jason Aronson.

Mahler, M., and Furer, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press.

Mahler, M., and Kaplan, L. (1977). Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 71–85.

Mahler, M., Pine, F., and Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.

Main, T. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10:66–70.

Main, T. (1957). The ailment. *British J. Medical Psychology*, 30:129–145.

Masterson, J. F. (1967). *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. Boston: Little, Brown.

Masterson, J. F. (1972). *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. New York: Wiley-Interscience.

Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J. F. (1978). The borderline adult: Transference acting-out and working-through. In *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. J. F. Masterson. New York: Brunner/Mazel, pp. 121–147.

Masterson, J. F. (1980). *From Borderline Adolescent to Functioning Adult*. New York: Brunner/Mazel.

Meltzer, D. (1973). *Sexual States of Mind*. Perthshire, Scotland: Clunie.

Menninger, K. (1952). *A Manual for Psychiatric Case Study*. New York: Grune & Stratton.

Menninger, W. (1936). Psychiatric hospital therapy designed to meet unconscious needs. In *Psychiatrist for a Troubled World*, vol. 1. Kansas City, Mo.: Hallmark, 1967, pp. 375–385.

Menninger, W. (1943). *Fundamentals of Psychiatry*. Topeka: Capper.

Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield, Ill.: Charles C Thomas.

Miller, I. (1969). Interpretation as a supportive technique in psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33:154–164.

Millon, T. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III: Axis II*. New York: Wiley.

Modell, A. (1976). "The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. *J. American Psychoanalytic Association*, 24:285–307.

Money, J., and Ehrhardt, A. (1972). *Man & Woman, Boy & Girl*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Money-Kyrle, R. (1956). Normal countertransference and some of its deviations. *International J. Psycho-Analysis*, 37:360–366.

Moore, B. (1968). Contribution to symposium on acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49:182–184.

Moore, B., and Fine, B. (1968). *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*. New York: American Psychoanalytic Association.

Novey, S. (1959). The technique of supportive therapy in psychiatry and psychoanalysis. *Psychiatry*, 22:179–187.

Olinick, S. (1964). The negative therapeutic reaction. *International J. Psycho-Analysis*, 45:540–548.

Orwell, G. (1949). *1984*. New York: Harcourt.

Panel (1957). Acting out and its relation to impulse disorders, M. Kanzer, reporter. *J. American Psychoanalytic Association*, 5:136–145.

Panel (1970). Action, acting out and the symptomatic act, N. Atkins, reporter. *J. American Psychoanalytic Association*, 18:631–643.

Panel (1977). Varieties of oedipal distortions in severe character pathologies, W. S. Robbins, reporter. *J. American Psychoanalytic Association*, 25:201–218.

Pasamanick, B., Scarpitti, F., and Dinitz, S. (1967). *Schizophrenia in the Community: An Experimental Study in the Prevention of Hospitalization*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Paz, C. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Grafica Santo Domingo.

Perry, J., and Klerman, G. (1980). Clinical features of the borderline personality disorder. *American J. Psychiatry*, 137:165–173.

Plutchik, R. (1980). *Emotions: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York: Harper & Row.

Pope, H., Jones, J., Hindson, J., Cohen, B., and Gunderson, J. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Archives General Psychiatry*, 40:23–30.

Powdermaker, F. (1948). The techniques of the initial interview and methods of teaching them. *American J. Psychiatry*, 104:642–646.

Rabkin, L. (1965). The passive aggressiveness and learning. *Exceptional Child*, 32:1–3.

Racker, H. (1957). The meaning and uses of countertansference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26:303–357.

Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference*. New York: International Universities Press.

Rangell, L. (1968). A point of view on acting out. *International J. Psycho-Analysis*, 49:195–201.

Rapaport, D. (1960). *The Structure of Psychoanalytic Theory. Psychological Issues, Monograph 6*. New York: International Universities Press.

Rapaport, D. (1967). *Collected Papers of David Rapaport*, ed. M. M. Gill. New York: Basic Books.

Rapaport, D., and Gill, M. M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. *International J. Psycho-Analysis*, 40:153–162.

Reich, A. (1951). On countertransference. *Psychoanalytic Contributions*. New York: International Universities Press, 1973, pp. 136–154.

Reich, W. (1933). *Character Analysis*. New York: Farrar, Straus, & Giroux, 1972.

Reider, N. (1957). Transference psychosis. *J. Hillside Hospital*, 6:131–149.

Rexford, E., ed. (1978). *A Developmental Approach to Problems of Acting Out*, revised edition. New York: International Universities Press.

Rey, J. (1979). Schizoid phenomena in the borderline. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 449–484.

Rice, A. K. (1965). *Learning for Leadership*. London: Tavistock Publications.

Rinsley, D. (1977). An object-relations view of borderline personality. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 47–70.

Rinsley, D. (1980). *Treatment of the Severely Disturbed Adolescent*. New York: Jason Aronson.

Riviere, J. (1936). A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. *International J. Psycho-Analysis*, 17:304–320.

Robins, L. (1966). *Deviant Children Grown Up*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Romm, M. (1957). Transient psychotic episodes during psychoanalysis. *J. American Psychoanalytic Association*, 5:325–341.

Rosenfeld, H. (1963). Notes on psychopathology and psychoanalytic treatment of schizophrenia. In *Psychotherapy of Schizophrenia and Manic-Depressive States* (Psychiatric Research Report No. 17), ed. H. Azima and B. C. Glueck, Jr. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, pp. 61–72.

Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *International J. Psycho-Analysis*, 45:332–337.

Rosenfeld, H. (1966). The need of patients to act out during analysis. *Psychoanalytic Forum*, 1:19–29.

Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International J. Psycho-Analysis*, 52:169–178.

Rosenfeld, H. (1975). Negative therapeutic reaction. In *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*, vol. II, *Countertransference*, ed. P. L. Giovacchini. New York: Jason Aronson, pp. 217–228.

Rosenfeld, H. (1978). Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of some borderline patients. *International J. Psycho-Analysis*, 59:215–221.

Rosenfeld, H. (1979a). Difficulties in the psychoanalytic treatment of borderline patients. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 187–206.

Rosenfeld, H. (1979b). Transference psychosis in the borderline patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 485–510.

Schilder, P. (1938). *Psychotherapy*. New York: Norton, 1951.

Schlesinger, H. (1969). Diagnosis and prescription for psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 33:269–278.

Schneider, K. (1950). Psychoanalytic therapy with the borderline adult: Some principles concerning technique. In *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. J. Masterson. New York: Brunner/Mazel, pp. 41–65.

Searles, H. (1965). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. New York: International Universities Press.

Searles, H. (1977). Dual- and multiple-identity processes in borderline ego functioning. In *Borderline Personality Disorders*, ed. P. Hartocollis. New York: International Universities Press, pp. 441–455.

Searles, H. (1978). Psychoanalytic therapy with the borderline adult: Some principles concerning technique. In *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, ed. J. Masterson. New York: Brunner/Mazel, pp. 41–65.

Searles, H. (1979). The countertransference with the borderline patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 309–346.

Segal, H. (1964). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. New York: Basic Books.

Segal, H. (1967). Melanie Klein's technique. In *Psychoanalytic Techniques: A Handbook for the Practicing Psychoanalyst*, ed. B. Wolman. New York/London: Basic Books, pp. 168–190.

Segal, H. (1979). *Klein*. Glasgow: Collins.

Selzer, M. (1981). The consultant interview. Unpublished.

Shapiro, D. (1965). *Neurotic Styles*. New York: Basic Books.

Shapiro, E., Zinner, J., Shapiro, R., and Berkovitz, D. (1975). The influence of family experience on borderline personality development. *International Review Psycho-Analysis*, 2:399–412.

Sharpe, E. (1931). Anxiety: Outbreak and resolution. In *Collected Papers on Psycho-Analysis*, ed. M. Brierly. New York: Brunner/Mazel, 1978, pp. 67–80.

Simmel, E. (1929). Psychoanalytic treatment in a sanatorium. *International J. Psycho-Analysis*, 10:70–89.

Small, T., Small, J., Alig, V., and Moore, D. (1970). Passive-aggressive personality disorder: A search for a syndrome. *American J. Psychiatry*, 126:973–983.

Spitz, R. (1965). *The First Year of Life*. New York: International Universities Press.

Spitz, R. (1972). Bridges: On anticipation, duration, and meaning. *J. American Psychoanalytic Association*, 20:721–735.

Spitzer, R., and Williams, J. (1980). Classification of mental disorder and DSM-III. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, III*, ed. H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 1035–1072.

Stafford-Clark, D. (1970). Supportive psychotherapy. In *Modern Trends in Psychological Medicine*, vol. 2, ed. D. J. Price. New York: Appleton-Century-Crofts, pp. 277–295.

Stanton, A., and Schwartz, M. (1954). *The Mental Hospital*. New York: Basic Books.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7:467–489.

Stoller, R. (1977). Primary femininity. In *Female Psychology*, ed. H. P. Blum. New York: International Universities Press, pp. 59–78.

Stone, L. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis. *J. American Psychoanalytic Association*, 2:567–594.

Stone, M. (1980). *The Borderline Syndromes*. New York: McGraw-Hill.

Stone, M. (1981). Borderline syndromes: A consideration of subtypes and an overview, directions for research. In *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 4. Philadelphia: Saunders, pp. 3–24.

Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action for psycho-analysis. *International J. Psycho-Analysis*, 15:127–159.

Sullivan, H. (1953a). *Conceptions of Modern Psychiatry*. New York: Norton.

Sullivan, H. (1953b). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.

Sullivan, H. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: Norton.

Sullivan, H. (1956). *Clinical Studies in Psychiatry*. New York: Norton.

Sullivan, H. (1962). *Schizophrenia as a Human Process*. New York: Norton.

Sutherland, J. (1952). Notes on psychoanalytic group therapy. I: Therapy and training. *Psychiatry*, 15:111–117.

Tarachow, S. (1963). *An Introduction to Psychotherapy*. New York: International Universities Press.

Ticho, E. (1972). Termination of psychoanalysis: Treatment goals, life goals. *Psychoanalytic Quarterly*, 41:315–333.

Tinbergen, N. (1951). An attempt at synthesis. In *The Study of Instinct*. New York: Oxford University Press, pp. 101–127.

Tower, L. (1956). Countertransference. *J. American Psychoanalytic Association*, 4:224–255.

Tramer, M. (1931). Psychopathic personalities. *Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 217:271–322.

Valenstein, A. F. (1973). On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction. *Psychoanalytic Study of the Child*, 28:365–392. New Haven: Yale University Press.

Volkan, V. D. (1976). *Primitive Internalized Object Relations*. New York: International Universities Press.

Volkan, V. D. (1979). The "glass bubble" of the narcissistic patient. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. J. LeBoit and A. Capponi. New York: Jason Aronson, pp. 405–431.

Wallerstein, R. (1965). The goals of psychoanalysis: A survey of analytic viewpoints. *J. American Psychoanalytic Association*, 3:748–770.

Wallerstein, R. (1966). The current state of psychotherapy: Theory, practice, research. In *Psychotherapy and Psychoanalysis: Theory, Practice, Research*. New York: International Universities Press, 1975, pp. 135–186.

Wallerstein, R. (1967). Reconstruction and mastery in the transference psychosis. *J. American Psychoanalytic Association*, 15:551–583.

Wallerstein, R. (1969). Introduction to panel: Psychoanalysis and psychotherapy. *International J. Psycho-Analysis*, 50:117–126.

Wallerstein, R., and Robbins, L. (1956). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation (Part IV: Concepts). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 20:239–262.

Whitehorn, J. (1944). Guide to interviewing and clinical personality study. *Archives Neurology and Psychiatry*, 52:197–216.
Whiteley, J., and Gordon, J. (1979). *Group Approaches in Psychiatry*. London: Routledge & Kegan Paul.
Whitman, R., Trosman, H., and Koenig, R. (1954). Clinical assessment of passive-aggressive personality. *Archives Neurology and Psychiatry*, 72:540–549.
Will, O. (1967). Schizophrenia: The problem of origin. In *The Origins of Schizophrenia*, ed. J. Romano. Amsterdam/New York: Excerpta Medica Foundation, pp. 214–227.
Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The New Synthesis*. Cambridge: Harvard University Press.
Winnicott, D. (1949). Hate in the counter-transference. In *Collected Papers*. New York: Basic Books, 1958, pp. 194–203.
Winnicott, D. (1958). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books.
Winnicott, D. (1960a). Ego distortion in terms of true and fasle self. In *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 140–152.
Winnicott, D. (1960b). The theory of the parent-infant relationship. In *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 37–55.
Winnicott, D. (1963). The development of the capacity for concern. In *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 73–82.
Winnicott, D. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.
Zetzel, E. R. (1956). The concept of transference. In *The Capacity for Emotional Growth*. New York: International Universities Press, 1970, pp. 168–181.
Zetzel, E. R. (1968). The so-called good hysteric. In *The Capacity for Emotional Growth*. New York: International Universities Press, 1970, pp. 229–245.
Zetzel, E. R. (1971). A developmental approach to the borderline patient. *American J. Psychiatry*, 127:867–871.

Indice

– P –

– R –

- S -

- T -

- V -

- W -

- Y -

- Z -

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de esta
octava reimpresión de la primera Edición el
31 de julio de 1998 en los talleres de
Ediciones Copilco, S.A. de C.V.,
Hermenegildo Galeana Núm. 113,
Col. Guadalupe del Moral, 09300
México, D.F.

8a. reimpresión, 1998

Trastornos Graves de la Personalidad

O. F. Kernberg

El Dr. Otto F. Kernberg, uno de los teóricos psicoanalíticos contemporáneos más importantes, proporciona al clínico en este volumen, los medios para diagnosticar y tratar casos graves de trastornos de la personalidad, incluyendo los trastornos límite y las estructuras narcisistas. En este extraordinario libro, el autor no sólo describe las técnicas que encontró útiles en la práctica, sino también el desarrollo teórico que formuló en sus trabajos previos y revisiones críticas, que son contribuciones recientes en estas áreas.

Trastornos graves de la personalidad es una obra que describe un método específico de diagnóstico diferencial y la técnica para conducir una entrevista diagnóstica estructural. Establece los vínculos entre los resultados de esta técnica diagnóstica y el pronóstico y tipo de tratamiento más apropiado para cada caso. Luego detalla las estrategias terapéuticas en pacientes límite, incluyendo el examen sistemático de las indicaciones y contraindicaciones para una psicoterapia expresiva y de apoyo.

Resalta el manejo tanto de pacientes no responsivos, como difíciles; aborda diversos problemas, por ejemplo, cómo tratar a un enfermo que persiste en el suicidio y cómo distinguir a un paciente insocial que puede tratarse de uno no tratable. Proporciona técnicas para la terapéutica de toda la gama de personalidades narcisistas.

Finalmente, ofrece un modelo de tratamiento hospitalario para los trastornos graves de la personalidad y una modificación de los primeros modelos terapéuticos comunitarios para extenderlos a tratamientos en el hospital.



Títulos afines:

Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia; L. Bellak

Psicología clínica: Métodos, conceptos y práctica; E. J. Phares

Psiquiatría general; H. H. Goldman



ISBN 968-426-418-6
9 789684 264182